FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Henri BREUILLET

Ancien Interne de la Maison Départementale de la Seine

Né le 31 Mars 1885 à Joigny (Yonne)

L'ÉLYTROCÈLE

ou Entérocèle Vaginale Postérieure

Président : M. LE PROFESSEUR HARTMANN

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI[e] Ar[t]). — PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL / TESSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / GILBERT / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET / QUENU / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR / PINARD / RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur LONGBOIS (de Joigny) (*in memoriam*).

Stage

M. le Professeur GILBERT-BALLET.

M. le Professeur BAR.

Externat 1906-1910

M. le Professeur RECLUS.

M. le Professeur DIEULAFOY (*in memoriam*).

M. le Docteur BEURNIER.

M. le Docteur MATHIEU.

Internat 1910-1912

M. le Docteur LAUGIER.

M. le Docteur E. REYMOND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir étudier une Entérocèle vaginale postérieure typique dans le service de notre maître le docteur Reymond au cours de notre internat à la maison départementale de la Seine.

La malade s'était présentée porteuse d'une tumeur, grosse comme un œuf de canne, saillant à la vulve, réductible et en imposant tout d'abord pour une Rectocèle. Un examen plus complet fit reconnaître que cette tumeur n'avait aucun rapport avec le rectum, qu'elle se réduisait en produisant un gargouillement caractéristique, révélant son contenu intestinal, et le diagnostic d'Entérocèle vaginale fut porté.

Ayant fait quelques recherches sur cette affection rare, nous avons été étonné du peu de travaux qu'elle avait suscités, en même temps que des déplorables erreurs dont elle avait été parfois la cause.

Nous avons dû remonter au milieu du XVIII^e^ siècle pour trouver un travail d'ensemble sur la question.

L'époque moderne, à part quelques mémoires dont le plus récent est celui du professeur Paul Berger au Congrès de chirurgie de 1896, n'en présente aucune étude complète. Sans nous flatter de combler ce vide, nous avons voulu, dans une faible mesure, y remédier et nous nous sommes appliqués à réunir les observations et les documents épars, pour les grouper autour de notre observation, et pour tirer des unes comme de l'autre quelques considérations anatomiques, étiologiques et cliniques.

Le traitement chirurgical de l'Entérocèle vaginale, même dans les traités les plus récents, semble être considéré par les auteurs comme difficile et le plus souvent vain : comme en tous cas réservé à une seule variété d'Enterocèle vaginale, et la plus rare. Nous nous sommes efforcés de montrer que le traitement chirurgical était applicable à toutes les Entérocèles vaginales et nous donnons un exposé des principaux temps de l'opération, véritable cure radicale, telle qu'elle a été pratiquée par M. Reymond, et telle qu'elle avait été pratiquée peu auparavant par M. le Prof. Hartmann sur une malade dont il a bien voulu nous donner l'observation inédite pour la joindre à notre observation personnelle. Nous ne saurions trop l'en remercier ici, comme aussi de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et de la grande amabilité avec laquelle il nous a accueilli. Nous tenons à remercier tout particulièrement notre maître M. le Dr Emile Reymond pour les conseils qu'il nous a données tant au Cours de cette

étude, que pendant l'année que nous avons passé dans son service. Et nous assurons de notre reconnaissance bien vive M. le Dr Laugier pour la bienveillante sympathie qu'il nous a constamment témoignée pendant notre année d'Internat auprès de lui.

CHAPITRE I

Généralités

Définition : La hernie vaginale est une variété de hernie ayant son siège dans le vagin « Mais, dit Hoin, « il est bien nécessaire de ne pas confondre la hernie « vaginale avec la chute ou le renversement du vagin ; « et un mot nouveau serait peut-être devenu nécessaire « pour éviter cette confusion s'il n'eût pas été d'usage « de distinguer aussi les hernies par les noms des par- « ties qui les forment ; ainsi, puisque les mots Entéro- « cèle, Epiplocèle, Cystocèle désignent des descentes « d'intestin d'épiploon, de vessie il n'y aura point d'é- « quivoque entre la descente du vagin et la descente par « le vagin, si l'on nomme cette dernière espèce : Enté- « rocèle vaginale, Epiplocèle vaginale, Cystocèle vagi- « nale, selon que l'intestin, l'épiploon ou la vessie se « seront en partie introduits dans ce canal ».

Le terme d'Entérocèle vaginale est en effet très clair

et ne peut prêter à confusion ; il indique à la fois le lieu de formation et le contenu de la hernie (avec cette réserve que très fréquemment sous le nom d'Entérocèle vaginale on englobe : l'Entérocèle vaginale proprement dite, l'Epiplocèle vaginale et l'Entéro-Epiplocèle.

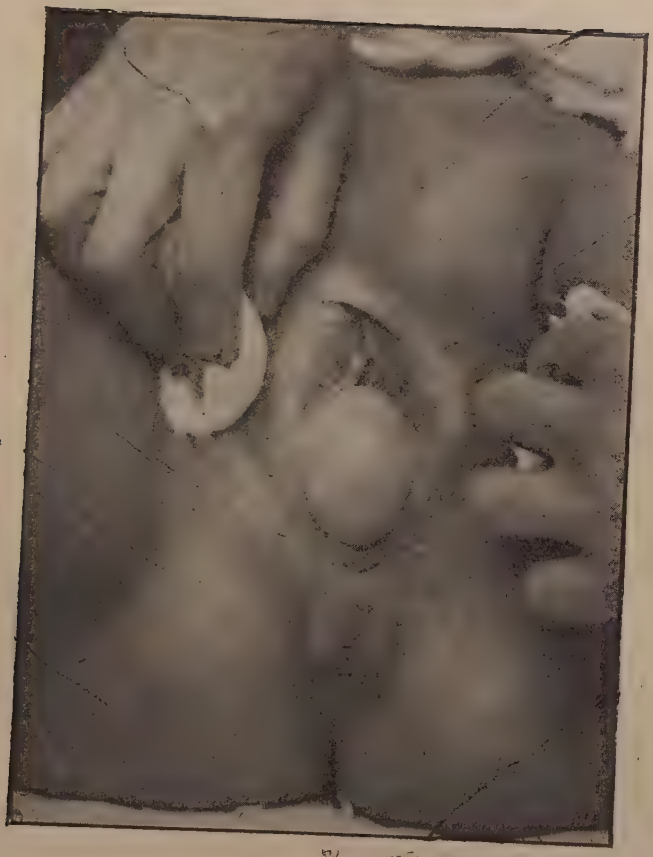
Cette sorte de hernie est encore appelée Elytrocèle.

C'est la traduction exacte de hernie vaginale, mais, le mot ayant été spécialement créé pour la chose ne peut être différemment interprété. Ainsi les mots : Hernie vaginale, Entérocèle vaginale, Elytrocèle sont synonymes et nous les emploierons indifféremment.

Qu'est-ce que l'Entérocèle vaginale, où et comment se forme-t-elle ? Les définitions qu'en ont donné Astley Cooper et Zùckerkandl permettent de s'en faire une idée assez exacte.

« La hernie vaginale, dit Astley Cooper, se forme « dans l'espace compris entre l'utérus et le rectum. Cet « espace est fermé en bas par le péritoine qui forme un « cul-de-sac en se réfléchissant de la partie postérieure « du vagin sur la partie antérieure du rectum : entre ce « cul-de-sac péritonéal et le périnée se trouve un tissu « cellulaire lâche. La pression de l'intestin sur cette « partie du péritoine la déprime en bas, vers le périnée, « mais plus tard, étant arrêtée dans sa marche ultérieure dans ce sens, elle presse contre le vagin et « pousse en avant la paroi postérieure de ce conduit ».

Et lukerkandz : « Sous le nom d'Entérocèle vaginale, « d'Elytrocèle, nous désignons la distension du cul-



Entérocèle Vaginale

« de-sac de Douglas qui se fait vers le vagin, qui fait « bomber la paroi vaginale postérieure et qui détermine « la protrusion des intestins dans la poche vaginale « constituée de la sorte. »

Ces définitions ont uniquement en vue l'Entérocèle vaginale postérieure ; il existe cependant une Entérocèle vaginale antérieure, formée au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, elle est extrêmement rare et fait généralement suite à une cystocèle. On dit fréquemment Entérocèle vaginale, Hernie vaginale tout court, pour Entérocèle vaginale postérieure ; c'est cette dernière que nous étudierons et le nom d'Elytrocèle semble lui être uniquement réservé. Nous dirons donc pour résumer: la Hernie vaginale, Entérocèle vaginale ou Elytrocèle est une grosseur faisant saillie d'abord dans la cavité du vagin et postérieurement à la vulve. Elle est révêtue de la paroi postérieure du vagin et formée par la descente d'une partie du contenu de l'abdomen dans un diverticule, anormalement développé, de la cavité péritonéale situé dans l'atmosphère celluleuse qui sépare la cloison rectale de la cloison vaginale.

Formes : Les hernies vaginales se présentent sous deux formes différentes : Les unes sont sessiles, constituées par la protrusion de toute la paroi vaginale postérieure, refoulée en avant par l'intestin qui distend le cul-de-sac de Douglas anormalement développé.

Les autres sont pédiculées et leur sac s'abouche par un orifice plus ou moins étroit dans le cul-de-sac de Douglas.

Notre observation personnelle ne se rapporte à aucune de ses deux formes, exactement, montrant ainsi une fois de plus la difficulté qu'il y a en clinique à faire rentrer chaque cas dans une catégorie bien tranchée — La H. V. que nous avons étudiée tenait à la fois de la forme sessile et de la forme pédiculée : Sessile à l'examen, elle présentait à la dissection un collet nettement retréci, aux bords bien perceptibles au doigt. Nous verrons d'ailleurs que ces formes n'ont pas au point de vue du traitement chirurgical l'importance que leur attribuait Berger.

C'est à la première de ces formes que se rapporte l'observation n° I, du rapport fait par le professeur Paul Berger au Congrès de Chirurgie de 1896.

La seconde forme, beaucoup plus rare a été nettement différenciée dans son rapport par M. le Prof. P. Berger d'après l'observation anatomique de Sandifort, les faits de Michelson et Lukin et de Gaillard Thomas.

Nous laisserons naturellement de côté comme sortant de notre définition, les cas où l'intestin prolabé par un mécanisme, au début analogue, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, repousse non plus la paroi vaginale mais la paroi rectale et vient faire saillie dans le rectum en produisant *l'Hédrocèle* et nous ne nous occuperons non plus de ceux où l'Intestin, suivant un trajet plus complexe vient produire la hernie vagino-labiale ou « pudendal Hernia » d'Astley Cooper.

Nous devons cependant dire un mot en passant d'une sorte de hernie du bassin qui se rapproche beaucoup de

l'Entérocèle vaginale postérieure : c'est la Hernie périnéale. On la rencontre plutôt chez l'homme que chez la femme. Elle a été spécialement étudiée par Ebner. Son mécanisme est exactement le même que celui de l'Entérocèle vaginale — elle descend directement au périnée qu'elle traverse et qu'elle fait bomber, au lieu de prolaber dans le vagin, comme l'Elytrocèle ou dans le rectum, comme l'Hédrocèle. On comprend facilement qu'elle soit très rare chez la femme, la paroi vaginale postérieure relativement peu résistante et facilement décollable se laissant déprimer par la hernie qui trouve là une voie plus facile que dans l'épaisseur du corps périnéal. C'était déjà l'opinion de Hoin et un grand nombre d'observations la confirment.

Fréquence : « De toutes les hernies, celles qui ont « le moins attiré l'attention des chirurgiens, peut-être, « sont les hernies qui se font au travers du plancher de « l'excavation pelvienne. (Berger.)

Ces hernies sont peu communes certainement mais encore moins connues. Il est difficile de fixer leur fréquence. Par rapport aux hernies inguinales ou crurales on peut évidemment les considérer comme des raretés. On en trouve néanmoins dans la littérature médicale un certain nombre d'observations.

Souvent du reste la Hernie vaginale, soit isolée, soit liée à des prolapsus plus ou moins compliqués dut passer inaperçue.

Souvent elle donna lieu à des erreurs de diagnostic, nous citerons l'observation de Garmann rapportée par Hoin (obs. n° V), celle de Petroniti, où une hernie de cette espèce prise pour un abcès fut incisée comme telle, et le cas de Michelson et Lukin où une hernie vaginale pédiculée, prise pour un polype du vagin et excisée, causa rapidement la mort de l'opérée par hémorragie péritonéale.

Ces erreurs déplorables ne suffiraient-elles pas à légitimer une étude plus complète que l'on a coutume de le faire, de ces sortes de hernies dont Gaillard Thomas a pu dire avec raison « que le plus grand danger auquel « elles exposent résulte des erreurs de diagnostic que « pourraient commettre les médecins dont l'attention « n'aurait pas été suffisamment éveillée sur leur exis- « tence possible ? »

CHAPITRE II

HISTORIQUE

« M. de Garengeot, membre de l'Académie royale de « chirurgie, est le premier qui ait publié une histoire, « dans laquelle l'entérocèle vaginale soit caractérisée ».

Ainsi s'exprime M. Hoin, chirurgien graduée à Dijon dans son « Essai sur des Hernies rares et peu connues » publié en 1768, par M. Leblanc, chirurgien lithotomiste de l'Hôtel-Dieu d'Orléans à la suite de sa « Nouvelle Méthode d'opérer les Hernies ». Cet Essai de Hoin est bien le premier travail qui ait été fait et publié sur la question. Et ce travail est non seulement le premier mais peut-être le mieux qui ait été fait et le plus intéressant, tant par la clarté de la discussion clinique que par le nombre et la diversité des observations : aussi aurons nous souvent à y revenir.

Avant lui outre le récit de M. Garengeot, on peut trouver des exemples de hernies vaginales dans les

« *observations de M. Levret* (accoucheur de Madame la Dauphine) *sur la cure des Polypes*, et en dehors de notre sujet, mais dans le même genre d'idée, une très curieuse observation « d'Entérocèle périnéale chez un homme de M. Chardenon, rapportée par Hoin dans son « essai », mais antérieure, dit-il, à sa première observation personnelle d'Entérocèle vaginale ou périnéale. Puis se place l'observation anatomique de Sandifort (1777). Il s'agissait de la variété la plus rare de hernie vaginale : la hernie pédiculée, renfermant un sac péritonéal complet, communiquant par un orifice bien circonscrit avec le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal, cet orifice étant même resserré par des adhérences inflammatoires qui des deux côtés s'étaient faites autour de l'ovaire et de la trompe.

Astley Cooper consacre un petit chapitre dans ses œuvres chirurgicales à la « Hernie vaginale ». Il en donne une observation personnelle, suivie de considérations pathogéniques et anatomiques très nettes, bien qu'il n'ait jamais disséqué cette hernie sur le cadavre et 2 observations communiquées par M. John Sims. Il y mêle dans le même chapitre et sous le nom de Hernie vaginale deux observations de cystocèle vaginale.

Vers la même époque Petroniti, dans son article de la Gaz. Méd. (1837) a rapporté l'observation d'une hernie de cette espèce qui s'enflamma et fut prise pour un abcès. L'incision de la tumeur donna issue à une masse d'épiploon gangréné. Puis on rencontre, à de longs intervalles, de ci de là, dans des journaux étrangers sur-

tout, quelques articles ayant trait, comme celui de Petroniti, à des accidents causés par des entérocèles vaginales (méconnues ou non). — Gaillard Thomas.

Cas de Michelson et Lukin. — Hernie vaginale prise pour un polype utérin, opérée comme telle et suivie de mort.

Enfin Smellie le premier signale les dangers et les complications que l'Entérocèle vaginale peut provoquer au moment de l'accouchement, et sur le même sujet : la Hernie vaginale comme cause de dystocie, on trouve les communications de Fordyce Baker et de Peter Young aux Sociétés obstétricales de New-York et d'Einbourg en 1878 et en 1882.

Depuis Astley Cooper les rares articles ou communications, se rapportant à notre sujet traitent donc uniquement le chapitre : *complications et accidents*, et, dit le Prf. P. Berger, les seuls ouvrages d'ensemble à notre époque, où on en trouve une description suffisante sont l'article « Hernies » du traité de chirurgie Duplay et Reclus et le traité encore plus récent de Jonatham F. C. H. Macready, il faut ajouter l'article du traité *médico-chirurgical de gynécologie* de Labadie, Lagrave et Legueu.

Trélat, dans ses cliniques chirurgicales, où il étudie les différentes sortes de prolapsus, ne parle pas de l'Entérocèle vaginale.

Cloquet en a publié une observation. Tillaux, Pozzi Lejars la mentionnent. Le court article de Jaboulay (in Ledentu et Delbet) résume rapidement la question

et ne donne aucune conclusion pratique au point de vue du traitement. A notre époque les deux travaux les plus complets qui aient été faits sur la question sont l'article de Zuckerkandl (Deutsche Zeitschrift für chirurgie 1891) sur les Hernies du Douglas et le rapport du professeur Paul Berger au Congrès de chirurgie 1896, auquel nous avons déjà emprunté de nombreuses citations.

Nous avons cru utile de reproduire ici les observations anciennes qui nous ont le plus servies pour notre travail et en particulier pour les chapitres ayant trait : à la pathogénie, aux symptômes, au diagnostic et aux complications de l'Entérocèle vaginale. Ces observations, ainsi groupées, réunissent la plus grande partie des cas d'Entérocèle vaginale rapportés dans la littérature. Nous les avons résumées, en laissant toutefois en entier les passages les plus caractéristiques.

Observations de M. Hoin

OBSERVATION N° I. — A trait à une hernie périnéale chez un homme.

OBSERVATION N° II. — *Résumé.* « Sur une hernie de l'intestin dans le vagin » (Observation de M. de Garengeot.

Femme ayant fait un effort 1 mois après sa 5e couche avait senti un dérangement dans son ventre, vive douleur au vagin. Il lui avait semblé que quelque chose remplissait cette partie; au bout de quelque temps l'orifice du vagin fut débordé d'un travers de doigt par la tumeur. Cette hernie se serait produite au niveau de la paroi vaginale antérieure, en avant du col utérin, elle provoqua des troubles urinaires et doit vraisemblablement être considérée comme une cystocèle, peut être accompagnée d'Entérocèle vaginale antérieure. Maintenue par un Pessaire en Bondon.

OBSERVATION N° III. — *Résumé.* « Sur une Entérocèle vaginale à une fille » (Obs. de Hoin).

Une demoiselle, âgée d'environ 30 ans et d'un excellent

tempérament, était sujette, depuis plusieurs mois, à une constipation quelquefois plus de 8 jours. Jamais elle n'allait efficacement à la garde robe, qu'elle ne fit des efforts considérable pour expulser les matières endurcies qui séjournaient trop dans le gros intestin.

Pendant un de ces efforts elle sentit dans le vagin une douleur vive etc.

Trois semaines après l'époque de cette douleur la demoiselle s'aperçut d'un gonflement à l'entrée du sinus propre à son sexe.

Elle n'avait point eu d'enfants, mais s'était exposée à en avoir.

Les différentes circonstances dont elle chargea son récit m'éclairèrent moins sur la nature de la maladie que le toucher même ; cependant les coliques habituelles qu'elle y ressentait font penser à la présence d'une portion d'Intestin dans le conduit viginal.

Toucher : Tumeur plus rénitante le malade étant debout. La tumeur sortait du vagin d'environ 1 2 pouce, appuyant sur la fourchette, se prolongeait d'environ 3 pouces dans ce conduit et finissait à sa paroi latérale, un peu postérieure, — pas ou peu de douleur.

Réductible, la tumeur fuyait comme à travers la paroi du vagin et il y restait comme une espèce de poche lâche et formant un vide.

Réduction parfaite avec le gargouillement spécial qui accompagne presque toujours la rentrée d'un intestin.

Application d'un pessaire en bondon, modifié par l'auteur, que le malade abandonna au bout de quelques mois.

La guérison aurait été parfaite et se maintenait au bout de plusieurs années.

OBSERVATION N° IV. — Sur une ancienne Entérocèle accompagnée d'une tumeur cancéreuse dans le vagin. (Obs. de M. Gunz).

Femme âgée de plus de 70 ans, qui avait eu *autrefois un accouchement laborieux*. Depuis 30 années portait une chute du vagin qui fut reconnue être une Entérocèle.

Au toucher : on distinguait avec les doigts les portions d'intestin que renfermait la tumeur.

Réduction facile.

Au-dessus le col présentait une portion dure et saignante. (Cancer ou polype utérin, étranglé par le col de la matrice.)

Pas de pessaire à cause du cancer.

Lit.

OBSERVATION N° V. — (Obs. de M de Garmann.)

Une femme avait une tumeur qui partait d'une des parois latérales du vagin et qui sortait par l'orifice de ce conduit. Un chirurgien, aussi téméraire qu'ignorant, prit sans doute cette tumeur pour un abcès, il y porta le bistouri. Aussitôt le cœcum et une grande partie du colon furent chassés par les efforts involontaires que l'augmentation de la douleur excitait en cette malheureuse femme ; ils sortirent par la plaie et restèrent au dehors. La malade soutint quelque temps cet état fâcheux ; mais la gangrène étant survenue dans la suite aux intestins échappés du ventre, la femme périt.

OBSERVATION N° VI. — « Sur une Entérocèle vaginale prise pour une simple chûte du vagin. » (Observation de M. Lemaire.)

Une femme eut dans le vagin, à la suite d'un accouchement difficile, une tumeur qui partait d'une des parois latérales de ce conduit ; plusieurs chirurgiens furent consultés ; ils crurent qu'elle n'était produite que par une chûte du vagin. M. Lemaire, chirurgien-major de l'hôpital de Strasbourg, fut le seul qui, eu égard à l'espèce d'accouchement dont la tumeur avait été précédée, reconnut que celle-ci était une hernie intestinale. Il la guérit en se servant d'un pessaire d'éponge, et par l'usage de médicaments confortifs.

OBSERVATION N° VII. — « Sur une Entérocèle vaginale ancienne et guérie en peu temps ». (Obs. de M. Hacnel).

Une femme avait porté pendant quelques années une hernie intestinale à la partie antérieure du vagin, sans chercher de secours contre cette maladie, parce qu'elle la prenait pour une chûte de ce conduit. M. Hacnel ayant reconnu que c'était une entérocèle vaginale se servit avec tant de succès du pessaire d'éponge qu'en peu de semaines la malade fut guérie.

OBSERVATION n° VIII. — « Sur une hernie-vaginale trouvée sur le cadavre d'une folle. » (Obs. Levret et Louis.)

M. Levret raconte que vers l'année 1747 M. Louis, qui était alors chirurgien de l'hôpital général de Paris et qui depuis a mérité tant d'autres titres, lui montra en cet Hôpital, une en-

térocèle vaginale du côté gauche, sur le cadavre d'une fille de 40 ans qui était morte folle.

La tumeur oblitérait la plus grande partie du vagin, elle fut facile à réduire par le taxis.

A l'ouverture du corps ces célèbres chirurgiens reconnurent que la hernie était formée par l'S. du Colon.

M. Levret présume qu'elle existait dès la 1re conformation du sujet, ou du moins dès sa plus tendre jeunesse, car l'échancrure semi-lunaire de l'os ilium, par où passent les tendons des muscles psoas et iliaque était de ce côté, beaucoup plus profonde que de l'autre ; d'ailleurs cette difformité osseuse fut la seule qu'il parut y avoir dans tous les os de ce sujet.

La situation de la matrice de cette fille était singulière, son fond était placé obliquement et latéralement de façon que l'ovaire, du côté de la descente, était beaucoup plus élevé que celui du côté opposé ; le museau de touche était rangé du côté droit et enfin l'orifice inclinait considérablement de ce même côté. Au reste la matrice avait à peu de chose près, la forme ordinaire ; elle n'était que courbe latéralement dans sa longueur comme l'est un cornichon, sa convexité était tournée du côté de la hernie et sa concavité embrassait l'échancrure iliaque opposée à sa descente.

OBSERVATION N° IX. — Sur une Entérocèle vaginale qui est devenue par la suite Entéro-cystocèle. (Obs. de Hoin).

Une marchande de Dijon, qui s'était trompée sur le terme de sa 4e grossesse, crut pendant près de 2 mois être chaque jour à la veille d'accoucher. Dans cet intervalle de temps elle ressentit très souvent des douleurs au voisinage de la matrice

qu'elle distingua bien n'être pas de la nature de celles qui précèdent l'enfantement.

Elle ne permit pas d'avoir recours au toucher.

Le 20 janvier 1756 je fus appelé la 2e fois, lors du travail d'enfant, les maux se suivaient d'abord avec un peu trop de lenteur, cependant ils augmentaient au point que la tête de l'enfant qui se présentait bien ne tarda pas à s'engager.

Elle ne le put pas plutôt, qu'une grande douleur naturelle, en pareil cas, fut coupée par le milieu, si j'ose dire, cessa tout à coup, sans gradation et fut sur le champ remplacée par une autre douleur très violente, qui fit jetter les hauts cris à la malade, et la fit se plaindre d'une colique plus vive qu'elle n'en avait jamais ressentie. Je m'aperçus que la tête de l'enfant, qui n'était point enclavée, *remontait pendant cette douleur extraordinaire*, ce qui me prouva que ce n'était point une douleur expulsive, et qu'il lui fallait chercher une autre cause que le travail ; je la trouvais dans le vagin.

A quelques lignes de distance de la partie supérieure de l'orifice de la matrice du côté droit, il y avait une tumeur de la grosseur d'une noix qui était très sensible au toucher et qui me faisait éprouver la même sensation que j'avais eu en portant le doigt sur des hernies inguinales ou crurales. J'étais sûr de n'avoir jamais trouvé d'Intestin engagé sous le pubis ; je ne me rappelais pas d'en avoir lu des exemples, mais la ressemblance de la douleur que ressentait la malade, avec celle que produit la colique, la situation et la consistance particulière de la Tumeur, me la firent sur le champs reconnaître pour une hernie intestinale, comprimée par la tête de l'enfant. Le vomissement qui se fit alors est un signe trop équivoque pour qu'on le rapporte ici plutôt à la Hernie qu'à l'accouchement prochain.

J'eus d'abord l'intention de repousser la tête de l'enfant et de faire rentrer la tumeur avant de terminer l'accouchement ; mais je craignis qu'il ne fut pas possible de la maintenir réduite : d'ailleurs je m'aperçus que les douleurs du travail, quoiqu'elles s'arrêtassent subitement et longtemps sans gradation, peu après avoir commencées, succédaient néanmoins coup sur coup à celle de la colique et faisaient avancer l'enfant. Cette dernière circonstance m'engageait surtout à prier la malade d'employer ses forces expulsives et de s'étourdir sur la violence des mots qu'elle souffrait par ses efforts. Elle eut assez de courage pour suivre mon conseil et l'accouchement fut terminé environ 1/4 d'heure après que la première douleur de la colique se fut déclarée. Je fis ensuite rentrer aisément l'intestin et la malade ne souffrait plus.

OBSERVATION N° X. — Sur une Entérocèle vaginale compliquée de cystocèle et de chute du rectum et de prolapsus. (Obs. de M. de Hoen).

Femme âgée de 35 ans.

1° Chute sur la glace (il y a 17 ans) les épaules étant chargées d'un fardeau. Elle sentit qu'il lui tombait quelque chose vers les parties génitales. Incommodités.

4 ans après, 2e chute semblable, douleur vive.

2 corps s'échappent ensemble du sinus propre à son sexe.

L'un est l'*utérus*, l'autre postérieur, une *entérocèle* vaginale.

Il lui vint dans la suite, une tumeur, placée au devant du vagin : *cystocèle*, quelque temps après il se produisit une *rectocèle*.

Autopsie. — Rapport assez confus. On reconnut qu'une partie des intestins grêles était tombée dans la grosse tumeur

pendante aux parties génitales. Cette tumeur qui ressemblait à une espèce de bourse contenait aussi une eau rougeâtre. Elle était tapissée de péritoine à son intérieur.

OBSERVATION N° XI. — Sur une hernie Entero-épiplo-vaginale. (Obs. de M. Levret).

Femme ayant fait une chute à 6 ou 7 mois de la grossesse sur le derrière, une autre sur les genoux, 6 semaines avant que d'accoucher. Elle est accouchée très heureusement de son premier enfant après un court travail, depuis 4 heures. Continuait à souffrir après la délivrance de douleurs considérables dans le bassin avec une pesanteur sur le siège.

Toucher : Tumeur considérable (beaucoup plus grosse qu'un œuf de canne) remplissant tout le vagin et adhérent à toute la paroi gauche.

Gargouillement à la pression.

On élève le siège — introduction de la main — réduction — il fut impossible de la réduire complètement. Il en resta environ la grosseur d'un petit œuf de poule et ce restant était mollet comme de la pâte, ce qui me fit juger que c'était une portion de l'épiploon.

La hernie, ainsi réduite, ne se reproduisit plus.

OBSERVATION N° XII. — « Sur une Entérocèle vaginale située près de l'anus ». (Obs. de Smellie).

Femme qui avait senti une tumeur se former insensiblement et augmenter par degrès dans le vagin au côté gauche de l'anus.

A un 1er accouchement cette tumeur subsista pendant tout

le temps du travail, d'où s'en suivit une inflammation dans la partie et l'étranglement de l'intestin, irréductibilité.

Perte de sang (?)

Fomentations discussives,

Cataplasmes émolliants,

L'étranglement céda.

2e accouchement. — Les efforts reproduisent la hernie. Smellie dilata l'orifice externe en introduisant la main dans le vagin et repoussa l'intestin au-dessus de l'os sacrum. Les membranes se trouvèrent rompues, les eaux s'écoulèrent et la tête qui avait été chassée dans le bassin soutint le boyau.

L'accouchement et la délivrance se firent heureusement.

Suites furent normales.

OBSERVATION N° XIII. — Sur une Entérocèle vaginale étranglée pendant la grossesse. » (Obs. de Smellie.)

Une femme sentit 1 mois après être accouchée de son premier enfant une tumeur au côté gauche du périnée et de l'anus. Elle l'attribuait à la violence que la sage femme avait employée pour la délivrer.

Entérocèle vaginale, paraissait debout, disparaissait couchée. La malade la réduisit facilement elle-même 9 mois après grossesse, toux violente, l'entérocèle acquit le volume d'un poingt et devint très difficile à réduire.

5 semaines avant l'accouchement cette tumeur se trouva tellement augmentée de volume qu'il n'y eut plus moyen d'en faire la réduction ; elle s'enflamma.

Douleurs violentes. Smellie appelé déclare : qu'il trouve la femme « dans une rude agonie, la partie était livide et toute

la circonférence de la tumeur était bordée d'un cercle rouge très vif ».

Tandis qu'il l'examinait elle s'ouvrit dans son milieu, où la peau était très mince. Il en sortit d'abord environ 1 cuillerée de pus mêlé de sang et ensuite près d'une 1/2 pinte de matière fluide, ténue et de couleur grisâtre. Au moment de l'ouverture la femme s'écria que l'intestin était remonté et qu'elle se sentait soulagée.

Cependant le médecin était tout effrayé, parce qu'il croyait que la matière grisâtre qu'il avait vu sortir, venait de l'intestin iléum, percé par la gangrène.

Linge sur l'ouverture.

Diète.

La malade guérit et accouche heureusement.

OBSERVATION N° XIV. — « Sur une Entérocèle vaginale d'un volume considérable ». (Obs. de Stubbs).

Femme de 40 ans, en travail de son premier enfant, membranes rompues depuis 10 heures.

Le médecin trouva le vagin et le bassin entier occupés par une tumeur qu'il prit d'abord pour la tête ou pour les fesses de l'enfant. Ayant pu plisser un doigt, il sentit au dessus l'orifice dilaté et la tête.

Après 2 tentatives il parvint à réduire la tumeur, qui était une *hernie intestinale échappée à travers la paroi postérieure du vagin*.

Elle n'était pas plustôt réduite que la tête de l'enfant descendit dans le bassin. M. Stubbs jugea à propos de se servir du forceps parceque la mère était trop faible. Ce moyen lui réussit parfaitement. La mère et l'enfant se sont bien portés.

Observations d'Astley-Cooper

OBSERVATION N° XV. — Ast. Cooper. (Obs. 324 résumé).

Femme âgée de vingt ans n'ayant jamais eu d'enfant. Sensation de chute des organes empêchant tout exercice. Tumeur réductible de la grosseur d'une petite boule de billard siégeant à la partie postérieure du vagin, mais un peu à gauche. Consistance élastique, impulsion, réduction. La malade refuse de porter un pessaire. Etat stationnaire.

OBSERVATION N° XVI. — Ast. Cooper. Obs. 327. Résumé). Communiquée par M. John Sims.

P. âgée de trente ans. Tumeur à la partie postérieure du vagin, laquelle descend entre le vaginet le rectum en repoussant en avant le premier de ces conduits. Sims reconnaît son véritable caractère à la présence de matières fecales solides qu'il parvient à distinguer dans l'intérieur de la tumeur. Réduction.

La tumeur, quoique volumineuse, ne mit point obstacle à ce que la dame eut des enfants. Sensation de chute des organes. Ce symptôme est retrouvé chez toutes les malades que Sims a vu atteintes de la même affection.

OBSERVATION N° XVII. — (Ast. Cooper. Obs. 328.)

Résumé. Femme âgée de vingt-cinq ans. Hernie située à la partie postérieure du vagin et qui s'oppose à tout exercice. Morceaux d'éponges (insuffisant). Pessaire en forme de globe

qui réussit à faire cesser les malaises et la sensation de pesanteur.

Observations communiquées par Ebner

(Deutsche Zeitschrift für Schirurgie)

OBSERVATION nº XVIII. — (Obs. de M. Cloquet).

A l'hôpital Saint-Louis; jeune fille, âgée de 24 ans, demande conseils au sujet d'une tumeur apparue à la partie postérieure de la grande lèvre ; grosse comme un gros marron. La tumeur, un peu douloureuse, apparaît le long de la surface droite du vagin. La tumeur se développe en l'espace de 12 jours environ. La malade l'attribue à de gros efforts pour soulever des fardeaux, de plus elle souffre d'habitude d'une constipation opiniâtre, qui a pu contribuer à provoquer la hernie. Réduction assez facile de la hernie. Le malade refuse de porter un pessaire, mais, quoique retournant à ses travaux, la hernie n'a pas reparue depuis.

OBSERVATION Nº XIX. — Jacobson. « Entérocèle du périnée ».

Femme âgée de 42 ans, ayant eu trois enfants à de longues intervalles. Accouchements pas très pénibles. Tousse beaucoup pendant sa quatrième grossesse. Au moment d'accoucher, en même temps que la tête de l'enfant apparaît un pro-

lapsus du rectum, gros comme le poing. Violentes douleurs, en même temps, dans la région du périnée et des reins ; il lui semble que quelque chose dans cette région se déchire. Après la naissance de l'enfant le rectum se retire de lui-même. Dès le troisième jour, étant forcée de se lever, elle remarque sous la peau, à droite du rectum, un petit nœud, gros comme un pois et indolore, qui disparaît dans la position assise et couchée. Par suite de la toux cette petite tumeur augmente et il s'élève en même temps, sur la paroi postérieure du vagin, une tumeur molle et mobile qui atteint la taille de celle placée vers le rectum.

C'est ainsi que se développent une hernie du périnée et du vagin, qui, en l'espace de deux années et demie, atteignirent une taille considérable, toujours prolabées par la toux et le surmenage. Ces deux hernies grossissent et diminuent en même temps.

Lorsqu'on réduit la hernie du périnée, la hernie du vagin se réduit par la même occasion, mais l'inverse n'est pas vrai. La hernie vaginale réduite, ne produit pas la réduction de la hernie périnéale d'ou ressort, pense l'auteur, que la hernie périnéale est la primitive.

Outre ces deux hernies on trouve encore sur la même malade des hernies inguinales, formées par suite de la toux constante et de l'atonie des muscles du ventre. Ces 2 hernies, libres et mobiles, se réduisent également dans la position couchée.

OBSERVATION N° XX. — (Michelson et Lukin)

Veuve de 52 ans, 10 enfants, le dernier il y a 12 ans.

Prolapsus utérin depuis 1 an. A été réduit et a reparu il y a 3 jours sans cause apparente.

Tumeur pédiculée, rouge, bleutée apparaissant entre les grandes lèvres, elle est couverte, par place de granulations et de pus.

Diagnostic. -- Polype de l'utérus.

Opération. -- Péritonite, mort.

Autopsie. -- Sang remplissant le petit bassin (environ 500 gr.) il manque la partie moyenne du grand épiploon. Au bord inférieur du colon transverse il manque un morceau de 8 cm. de longueur. Dans la paroi postérieure du vagin, ouverture de 5 cm. de diamètre.

Observation communiquée par M. le Pr. P. Berger

OBSERVATION N° XXI. — M. Berger. Congrès de chirurgie 1896. Résumé.

Hernie du cul-de-sac de Douglas.

(Hernie vaginale, élytrocèle, traitée par l'hystéropexie et la colporaphie postérieure.

Réglée à quatorze ans, 3 enfants.

Le premier à 21 ans
Le deuxième à 23 ans.
Le troisième à 29 ans.
} Les couches se sont toujours bien passées.

Trois ans après la dernière elle s'aperçut d'une saillie qui se présentait à la valve, en même temps qu'elle commençait à éprouver une sensation de pesanteur dans la région génitale.

Symptômes et apparences d'un prolapsus génital pesanteur, sensation de chute des organes, d'Astley Cooper, douleurs

vagues dans le ventre, souvent des coliques vives et de la constipation.

Examen : Caractères apparents d'une chute de la matrice et de la paroi postérieure du vagin. Quand la malade a marché pendant quelque temps et fait des efforts on voit une tumeur, grosse comme un œuf de poule sortir de l'orifice vulvaire, puis le col utérin, en continuant les efforts, apparaît à la vulve.

La paroi antérieure du vagin et la vessie ne paraissent prendre aucune part au déplacement des organes.

Certaines difficultés de réduction, — le mieux est de saisir à pleines mains et de pratiquer une espèce de taxis, alors, en même temps que la tumeur diminue il arrive qu'on aperçoive un *bruit de gargouillement*. « La sensation obtenue est parfois « si nette que dès le premier examen je ne doutais nullement « que je n'eusse à faire à une véritable hernie, refoulant la « paroi vaginale postérieure.

Toucher rectal : Lorsque le prolapsus s'est produit et a atteint tout son volume, le doigt, introduit dans le rectum et recourbé en avant, au lieu de pénétrer dans le prolapsus et de pouvoir être senti au travers de la cloison recto-vaginale prolabée, rencontre cette cloison à sa place et est séparée de la main qui explore la tumeur par toute l'épaisseur de celle-ci ; le rectum ne prend donc pas de part à ce déplacement.

Intervention. — Hystéropexie abdominale — dans un 1er temps ; la hernie a diminuée de volume, sans avoir complètement disparue ; dans un 2e temps, *colporraphie postérieure.*

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

Hoin le premier décrivit la hernie vaginale, et il en fixa très nettement le point de départ et les principaux caractères anatomiques. Astley Cooper précisa ces données : « La hernie vaginale, dit-il, se forme dans l'es-« pace compris entre l'utérus et le rectum, lieu dans le-« quel s'engagent les intestins. Cet espace est fermé en « bas par le péritoine qui forme un cul-de-sac se réflé-« chissant de la partie postérieure du vagin sur la par-« tie antérieure du rectum ; entre ce cul-de-sac périto-« néal et le périnée se trouve un tissu cellulaire lâche. « Quand on dissèque cette hernie on trouve d'avant en « arrière :

« 1°/ La paroi postérieure du vagin ;

« 2°/ Un feuillet du péritoine ;

« 3°/ L'intestin contenu dans le sac péritonéal entre le bassin et le rectum. »

Ce n'est pas toujours et uniquement la paroi posté-

rieure du vagin, que la hernie repousse devant elle pour s'en revêtir ; fréquemment en effet elle ne descend pas exactement sur la ligne médiane entre l'utérus et le rectum, mais un peu à droite ou un peu à gauche, quelquefois franchement d'un côté ou de l'autre. Ces dispositions dépendent de ce fait que nous verrons plus loin, à savoir que le cul-de-sac de Douglas présente fréquemment son maximum de profondeur, non au milieu, mais au niveau de sortes de diverticules, situés à droite ou à gauche, ou des deux côtés.

Nous ne citerons que pour mémoire l'idée de Hoin : cet auteur pensait que le sac péritonéal n'existe pas toujours et chaque fois qu'il s'agit d'une hernie, dont l'apparition fut brusque, l'intestin descend par effraction à travers le péritoine déchiré.

Cette idée est inexacte, le sac péritonéal existe toujours et ce sac est constitué par le replis de Douglas, qui est alors d'une profondeur anormale.

Nous allons étudier le cul-de-sac de Douglas, tel qu'il est à l'état normal ; ses variations et ses anomalies, et enfin ses moyens de soutien.

Cul-de-sac de Douglas. — Le cul-de-sac de Douglas est un repli que forme le péritoine, en passant de la face postérieure de l'utérus à la face antérieure du rectum. Dans ce passage il s'infléchit jusqu'au vagin. Il faut préciser ses rapports avec ces trois organes : le péritoine tapisse le fond de l'utérus et la face postéro-supérieure du corps, puis la portion sus-vaginale de la face

postérieure du col, et descend sur le tiers supérieur du vagin qu'il revêt sur une longueur de 15 à 20 millimètres. Avant de se réfléchir sur la face antérieure du rectum, en formant un cul-de-sac, qui reste normalement à six centimètres de l'anus.

Cette excavation utéro-vaginale-rectale est divisée par les plis utéro-sacrés en deux étapes, dont le supérieur, bien plus spacieux, est l'excavation recto-utérine ou cavité supérieure du Douglas. L'autre, inférieure, réduite à un diverticule en doigt de gant, haute de trois à quatre centimètres, constitue le cul-de-sac vagino-rectal, ou arrière-fond du Douglas, souvent dit, par abréviation, le Douglas. Parfois cependant, cette séparation, qui existe aussi chez l'homme, manque ; il en est ainsi quand les replis de Douglas font défaut. Quel que soit l'état de la vessie et du rectum, on ne voit jamais à l'état normal, d'intestin s'insinuer dans l'arrière-fond du Douglas, au-dessous des plis utéro-sacrés, les anses intestinales restant au-dessus de ces plis, dans ce que Valdeyer nomme : « atrium excavationis retro-uterinæ ».

Variations et anomalies. — Il existe dans les rapports du péritoine, au niveau du replis utéro-vésico-rectal des variations individuelles, probablement congénitales, ne dépendant pas, comme en avant au niveau du repli vesico-utérin, de l'état de nulli ou de multiparité. Elles remontent sans doute à la période fœtale, sont contemporaines de l'apparition du vagin, et dépendent de l'union plus ou moins intime du péritoine avec

l'extrémité distale du cordon génital. On peut admettre un défaut d'oblitération du cul-de-sac primitif qui, descendant entre les canaux de Müller et l'intestin terminal, s'étend jusqu'au cloaque. Sans entrer dans les discussions embryogéniques sur le mode de cloisonnement du cloaque, il est généralement admis qu'à un moment donné, chez l'embryon, le cul-de-sac séreux descend jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée, entre le rectum et le vagin. Il diminue progressivement de hauteur par un accollement de bas en haut, donnant ainsi naissance à un feuillet fibreux que l'on retrouve chez l'adulte, reliant le bas-fond du repli péritonéal à l'aponévrose supérieure du releveur de l'anus. Ce feuillet serait analogue à l'aponévrose prostato-péritonéale, ou de Denouvilliers, chez l'homme ; MM. Cunéo et Veau ont montré en effet que cette aponévrose prostato-péritonéale était due également à la coalescence de deux feuillets séreux. « Chez l'enfant nouveau-né, le cul-de-sac de Douglas descend encore presque toujours plus profondément que chez l'adulte ; on y trouve, plus fréquemment que chez l'adulte, des anses intestinales ». (Zuckerkandl). — La diminution du cul-de-sac par accollement peut présenter des anomalies. Ces anomalies, qui sont peut-être un symptôme d'infantilisme chez la femme, se traduisent en général par un allongement ou une subdivision du Douglas. Tandis qu'à l'état normal il n'atteint pas le plancher pelvien, on le voit souvent alors s'abaisser, ne rester qu'à un centimètre du vestibule vaginal, doit former surtout latéralement

(Zucker Kandl) un ou plusieurs diverticules qui s'enfoncent dans l'épaisseur du releveur cocci-périnéal, peuvent s'isoler, donner lieu à la formation de kystes, ou être le point de départ de hernies. Ces variations du Douglas ont une grande importance à notre point de vue, puisque, comme nous le verrons, certains auteurs (Zuckerkandl, Ebner) ont voulu faire de ces dispositions congénitales l'origine unique des Entérocèles vaginales.

Ces anomalies de profondeur du Douglas seraient relativement fréquentes. M. le docteur Sousseaux, dans sa thèse inaugurale, sur le « traitement de certains prolapsus utérins par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas », dit en avoir souvent constatées au cours de laparatomies faites par son maître, M. Marion. Il fit plusieurs examens personnels pour rechercher la fréquence des anomalies du cul-de-sac de Douglas.

Ses observations ont porté sur cinquante cadavres de femme, qui n'avaient subi aucune opération abdominale et ne portaient aucune cicatrice de laparotomie.

« Avec un centimètre, dit-il, nous prenions exactement la profondeur à partir de l'insertion du vagin sur le col. Sept fois nous avons trouvé un cul-de-sac de Douglas, dépassant dans des proportions notables les trois ou quatre centimètres que Waldeyer lui assigne comme profondeur normale à partir de l'insertion du vagin, soit dans une moyenne de quatorze o/o.

Sur trois cadavres le cul-de-sac avait cinq centimètres de profondeur.

Sur deux il avait six centimètres.

Sur un, six centimètres et demi.

Enfin il donne deux observations ou le cul-de-sac est profond, toujours à partir de l'insertion du vagin, de sept centimètres dans l'une et de huit centimètres et demi dans l'autre.

Les soutiens du péritoine. — Le premier soutien du péritoine au niveau de Douglas, sinon le plus important, est constitué par son adhérence aux organes voisins. Cette adhérence n'est pas partout la même ; elle varie selon les endroits : en disséquant de bas en haut le péritoine on reconnaît que l'adhérence devient d'autant plus intime qu'on s'approche davantage du fond de l'utérus.

A ce niveau, et au niveau de la face postéro-supérieure du corps, cette adhérence est telle, qu'il est à peu près impossible de le séparer de la matrice. Tandis que la séreuse adhère au vagin et à l'utérus, au moins sur une certaine hauteur, elle se laisse très aisément décoller du rectum.

La cloison recto-vaginale au milieu de laquelle descend le Douglas de longueur anomale, ne peut être considérée comme un soutien. Elle est loin d'être une colonne rigide ; épaisse de trois à quatre millimètres, elle est constituée par un tissu cellulaire permettant un décollement facile. Verneuil a vu à son intérieur se constituer un Hygroma, vraisem-

blablement dans un reste séreux du cul-de-sac primitif, qui, comme nous l'avons vu, est normalement représenté à ce niveau par un feuillet fibreux.

La paroi la plus épaisse est la paroi antérieure. Ces parois sont d'ailleurs très extensibles et ne sont maintenues que par leur insertion au col de l'utérus et aux plans musculo-aponévrotiques que nous allons étudier.

Les aponévroses et les muscles du périnée sont les véritables soutiens du péritoine. Ce sont, en allant de haut en bas : la fascia pelvia, le releveur de l'anus, l'aponévrose moyenne et les muscles qui composent ce que les allemands appellent le rendez-vous musculaire du périnée : sphincter externe de l'anus, constricteur du vagin, et transverse superficiel du périnée.

Il ne faut pas oublier, comme soutien du péritoine, les replis utéro-sacrés ou replis de Douglas Ces replis, comme nous l'avons vu, peuvent manquer ; dans ce cas non seulement leur soutien manque au péritoine de cette région, mais encore le cul-de-sac n'est plus divisé en deux étages. Il forme une vaste cavité que rien ne vient plus rétrécir, aux parois lisses, et éminemment propre à recevoir des anses intestinales.

Astley-Cooper donne une grosse importance à l'aponévrose pelvienne dont fait partie l'aponévrose supérieure du releveur.

« Ce fascia, dit-il, forme un large cul-de-sac qui sou-« tient le péritoine de tous les côtés, ne laissant d'ou-« verture que pour les divers organes. ». Le releveur de l'anus, situé immédiatement au-dessous, ne ferme pas

le passage de Douglas, anormalement développé. Ses deux bandes musculaires côtoient les faces latérales du vagin sans lui adhérer, ne se rejoignant qu'en arrière du rectum : et c'est à peine s'il envoie quelques fibres qui s'entre-croisent en avant de ce viscère. Cependant il est le véritable plancher de l'excavation. Opposant sa tonicité et ses contractions à celles du diaphragme, il est admirablement disposé pour soutenir le rectum et la masse de l'intestin grêle. Il a son rôle dans la production de la hernie vaginale. Nous verrons, en effet, que cette affection est plus fréquente chez les femmes ayant des antécédents obstétricaux et dont le releveur, forcé, permet à la masse intestinale mal soutenue de fluer plus facilement vers tous les points déclives.

Les muscles qui composent le corps périnéal proprement dit : sphincter externe de l'anus, transverse du périnée, et constricteur du vagin, doivent affecter, avec la hernie vaginale, des rapports différents selon les cas, et ces rapports sont d'autant plus difficiles à préciser, qu'ils n'ont jamais été vérifiés sur le cadavre. Nous pensons cependant qu'en général l'entre-croisement de ces muscles arrête la hernie vaginale dans sa marche de haut en bas, et est ainsi cause, du moins en partie, de sa pénétration dans le vagin. Elle rencontre, en effet, moins de résistance de ce côté, n'ayant devant elle que la paroi vaginale si facilement décollable et dilatable. Néanmoins dans un cas de Ebner, la hernie était à la fois vaginale et périnéale, venant faire saillie à la vulve par le vagin, et à travers les muscles sous la peau du périnée.

CHAPITRE IV

Etiologie et Pathogénie

Quelles sont, d'une façon générale, les causes de l'Entérocèle vaginale ?

Quels sont ses rapports avec la grossesse, l'accouchement, la multiparité ?

Dans quelle mesure peut-on la rapporter à l'effort ou au traumatisme ?

Est-elle due à une disposition anatomique congénitale, et dans quelle proportion ?

Autant de questions importantes au point de vue de l'Etiologie de l'Entérocèle vaginale.

Causes communes à toutes les hernies ; diathèse herniaire. — Trélat, dans sa clinique sur « les prolapsus des organes génitaux de la femme », admet une disposition individuelle particulière, une laxité, une faiblesse congénitale des moyens de fixité, comme facteur étiologique des prolapsus et des hernies. Il pro-

nonce le mot de « diathèse herniaire ». Il semble bien que dans l'Etiologie de l'Entérocèle il faille tenir compte également de cette prédisposition spéciale, considérée en dehors de toute anomalie anatomique. La femme qui fait le sujet de notre observation semble être un exemple frappant de cette façon de voir : très grasse, elle a une vessie énorme, remplissant en grande partie le petit bassin et vraisemblablement un épiploon également très développé et muni d'abondantes franges graisseuses. Le contenu de son abdomen tend, d'une façon générale à fluer à travers des orifices mal défendus, dont les soutiens sont faits de tissu mou et peu résistant. Aussi la voyons-nous présenter, soit concurremment, soit tour à tour, deux volumineuses hernies inguinales, une cystocèle, un prolapsus utérin, une éventration, qui, opérée, récidive, et une Entérocèle vaginale.

Influence des accouchements. — Quand on lit les observations d'Entérocèle vaginale on est frappé par la présence, presque constante de ces deux antécédents : les accouchements et l'accident, (chute ou effort). Les femmes, dit Hoix, sont plus sujettes que les filles à cette maladie. Les accouchements, et surtout comme nous le verrons, les accouchements répétés ou difficiles semblent être une des conditions de l'Entérocèle vaginale ; encore n'est ce pas là une condition nécessaire, puisqu'il existe plusieurs observations d'Entérocèle vaginale typique chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfants. Tous les auteurs qui se sont occu-

pés de l'Entérocèle vaginale, en particulier : Garangeot, Hoin, Kuckerkandl, ont fait de l'accouchement et de la multiparité une cause prédisposante à cette affection. Il est très vraisemblable, dit Hoin, que les accouchements réitérés disposent le vagin à livrer passage à une hernie intestinale ». Quant au mécanisme de cette prédisposition, les auteurs l'expliquent d'une façon assez différente. L'opinion de Garengeot, à ce sujet, est sans doute plus curieuse qu'anatomiquement exacte. Le vagin des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, dit-il, a des parois assez distendues par les accouchements, et en même temps assez relâchées par les humidités qui les abreuvent, pour que leurs fibres charnues restent écartées, assemblées par paquets, et qu'il n'y ait plus en leur intervalle que les parties membraneuses du vagin, si peu résistantes, qu'il arrivera quelquefois à un intestin de les forcer jusqu'à faire saillie dans le conduit vaginal et par la suite au dehors. Il est certain que le vagin, comme la vulve, subit du fait de l'accouchement des modifications de sa tonicité, mais c'est plutôt dans les défaillances de son appareil suspenseur qu'il faut chercher les raisons de sa faiblesse. Nous avons étudié (chapitre III) ces soutiens du vagin et du cul-de-sac péritonéal. Le releveur de l'anus, qui est un des plus importants, par la tonicité de ses deux bandes musculaires et la façon dont il soustend le contenu du bassin, est aussi le plus souvent touché par l'accouchement. Ses déchirures prédisposent à la hernie vaginale comme à tous les prolapsus. « Pour la hernie vaginale » dit

Zuckerkandl, les causes prédisposantes consistent dans le relachement des moyens anatomiques qui fixent et attachent le vagin et il ajoute « les causes peuvent être prédisposantes mais elles sont à elles seules incapables de provoquer une hernie vaginale ».

Nous pouvons encore nous faire une idée assez exacte de l'importance de l'accouchement, comme cause prédisposante de l'Elytrocèle, en recherchant dans les diverses observations connues les rapports qui existent entre cette affection et les antécédents gravidiques. Sur les trois observations citées per Astley Cooper, les deux qui lui ont été communiquées ne relatent aucun antécédent. Son observation personnelle a trait à une nullipare et même semble-t-il, a une vierge.

L'observation de Paul Berger est celle d'une femme âgée de 34 ans ayant eu trois enfants à 21, 23 et 29 ans, et dont les couches se sont toujours bien passées.

Sur les treize observations rapportées dans le « Mémoire » de Hoix, les antécédents manquent trois fois. Cinq fois la multiparité ou un accouchement laborieux est signalé.

Deux fois l'Entérocèle vaginale a parue pendant la grossesse, une fois elle s'est manifestée au moment de l'accouchement, sans qu'on puisse préciser son début ; et deux fois elle a été rencontrée chez des nulli-pares.

Ainsi sur dix cas où les antécédents sont signalés, huit semblent en rapport avec l'accouchement et la grossesse et deux appartiennent nettement à des nullipares. Une proportion de 20 o/o ne fait pas de la hernie vaginale chez les nullipares, une exception.

Influence de l'accident (effort, chute) — L'accident (effort, chute) est plus fréquent encore que l'accouchement, dans les antécédents des hernies vaginales. Chaque fois que la hernie est apparue brusquement il ne manque jamais. Quelquefois assez violent, chute sur la glace avec un fardeau sur les épaules (obs. X Hoin), chute les jambes écartées (obs. Zuckerkandl). Souvent il est moins important, répété ou nou ; efforts pour aller à la selle au cours de constipation habituelle, chute bénigne, faux pas : c'est alors, en quelque sorte, un de ces accidents habituels qui ne peuvent causer de troubles que chez les prédisposées. Il ne doit être considéré que comme la cause déterminante banale, d'une affection en quelque sorte latente.

Anomalies du cul-de-sac de Douglas. — Zucker Kandl et Ebner ont montré que le facteur le plus important pour la formation de la hernie vaginale, était la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas. « Comme M. Ebner l'a déjà fait remarquer à bon droit, le développement de l'Entérocèle du Douglas présume nécessairement un cul-de-sac du Douglas qui s'étend jusqu'au fond du bassin. » (Zuckerkandl).

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie du cul-de-sac de Douglas, que sa profondeur variait fréquemment avec les sujets. Et non seulement sa grandeur mais sa forme (inexistence des replis de Douglas) peuvent prédisposer à la descente des anses intestinales. Chez certains sujets cette descente n'a pas à se faire ; les intestins semblent toujours avoir occupé le cul-de-sac anor-

mal. (Zuckerkandl a trouvé fréquemment cette disposition chez l'enfant) et la hernie elle-même être congénitale. (Hoin, obs. VII). Le plus souvent cette descente se fait à un moment donné, sous l'influence de causes prédisposantes que nous avons étudiées et d'un effort quelconque qui la détermine.

En résumé la hernie vaginale est due le plus souvent, sinon toujours, à une prédisposition congénitale, savoir : au cul-de-sac de Douglas descendent jusqu'au périnée, ou tout au moins plus profondément qu'à l'état normal.

Ce cul-de-sac peut rester longtemps vide et virtuel comme le reste l'arrière-fond du Douglas normal.

Il faut tenir un certain compte de la prédisposition spéciale du sujet aux hernies en général (diathèse herniaire).

La grossesse, l'accouchement, la multiparité, en modifiant à la fois les rapports anatomiques des organes du petit bassin, la solidité des moyens de ces organes, et la résistance des tissus créent un prédisposition certaine mais nullement nécessaire à la descente d'intestins dans le sac préformé.

Enfin, un accident, chute, effort, détermine cette descente.

Une question reste cependant en suspens à propos de l'étiologie de l'Entérocèle vaginale ; cette hernie pentielle se produire en dehors d'une malformation congénitale du Douglas ?

Berger semble le penser, du moins en ce qui concerne la hernie pédiculée : « Certainement un point circonscrit

« de la paroi vaginale postérieure s'est laissé déprimer, « et le péritoine, refoulé par la pression intestinale au « travers de ce point, est venu se coiffer de la muqueuse « vaginale, au dépens de laquelle s'est constitué l'enve- « loppe extérieure de la hernie ; mais dans quel plan « musculaire ou fibreux est creusé cet orifice qui donne « passage au péritoine ? Quelle est la lacune? Quel est « l'interstice à la faveur duquel s'est creusé cet orifice? « C'est-ce qu'un examen anatomique complet permettra « seul d'établir à la faveur de quelques observations « nouvelles ». (Berger, Congrès de Chirurgie 1896).

Nous ferons simplement remarquer que dans notre observation l'Entérocèle vaginale s'est produite longtemps après le début d'un prolapsus compliqué, et après que ce prolapsus fut opéré et guéri. Faut-il en conclure que dans ce cas un cul-de-sac anormalement profond ne préexistait pas ?

Ne faut-il pas plutôt penser que le cul-de-sac anormal, selon l'opinion de M. Marion, énoncée dans la thèse de Rousseaux. était une des causes du prolapsus, et qu'une fois ce prolapsus réduit, et solidement fixé à sa place normale, la chute totale a été remplacée par une chute de l'intestin mal soutenu, et provoquée par un effort minime.

La question reste en suspens.

CHAPITRE V

Symptomatologie

L'Entérocèle vaginale se présente cliniquement de la façon suivante : il s'agit d'une femme, une multipare, le plus souvent, et fréquemment dans ses antécédents, on relèvera un accouchement difficile, des traumatismes obstétricaux, ou, comme dans notre cas, un accouchement par le siège.

Plus rarement, mais quelquefois, ce sera une nullipare. Cette femme, à la suite d'un effort, soit pour lever un fardeau, soit pour expulser des matières fécales retenues par une longue constipation, soit à l'occasion d'une chute (sur les fesses ou sur les genoux ou les jambes écartées) a ressenti une douleur assez vive dans le bas-ventre, accompagnée de la sensation d'une chute, d'un glissement dans le vagin. Et elle a constaté, soit immédiatement, soit quelque temps après (trois semaines dans un cas de Hoin),

qu'elle avait une grosseur qui sortait par la vulve. Généralement cette grosseur rentre et disparaît quand la femme est couchée, et dans cette position elle n'en ressent aucune gêne ; mais si elle se lève, et surtout si elle marche, si elle tousse, si elle se livre à ses travaux domestiques, elle éprouve de nouveau une sensation de glissement, une pesanteur, une gêne « comme si le contenu de son ventre menaçait de s'échapper » et cette gêne persiste tout le temps qu'elle reste debout. C'est plutôt, selon l'expression des vieux auteurs, « une incommodité » qu'une souffrance, mais une incommodité très réelle, qui souvent empêche la femme de travailler et parfois même, si on n'y remédie, la confine au lit. C'est cette sensation de gêne qu'Astley Cooper a pittoresquement appelée la « sensation de chute des organes ». Cette sensation semble être assez spéciale à cette sorte de hernie, on la trouve signalée ou décrite dans presque toutes les observations.

Elle vient probablement de ce qu'ici la descente se fait à peu près directement de haut en bas. Il s'y joint ordinairement des tiraillements lombaires, des douleurs vagues dans le ventre, et souvent des coliques vives ou de la constipation. (Berger).

En examinant la malade, dans le décubitus dorsal, il est possible qu'on n'aperçoive rien au premier abord, si la hernie est rentrée.

Mais pour peu qu'on prie la femme de tousser ou de pousser, on voit se former à la vulve une tumeur dont la grosseur est variable. D'après la photographie de no-

tre malade, que nous avons reproduite dans ce travail, on juge bien de la forme, de la situation, de l'aspect et de la grosseur de la hernie vaginale, que nous avons pu étudier ; elle avait la taille d'un œuf de canne.

Elle est ordinairement d'une figure ovalaire, sans aucune ouverture à son extrémité, plus ou moins sensible au toucher, d'une consistance égale, quelquefois mince, et assez molle pour que l'on puisse distinguer la portion d'intestin qu'elle renferme : d'autres fois plus épaisse, plus ferme, plus tendue, quoique toujours flexible sous les doigts qui la compriment, plus dure et plus saillante lorsque la malade est debout que quand elle est couchée » (Hoin).

En somme, à la vue cette tumeur donne l'impression d'une cystocèle, ou mieux encore d'une rectocèle.

Si on pratique le toucher, on reconnait que le cul-de-sac antérieur est libre, que le col utérin est à sa place normale. Il ne faut pas oublier cependant, que la hernie vaginale coïncide fréquemment avec le prolapsus, soit le prolapsus utérin seul, soit compliqué de cystocèle et dans ce cas l'aspect extérieur aussi bien que le toucher, sont différents. Il sortirait de notre sujet de décrire les symptômes du prolapsus utérin, simple ou compliqué et il suffit, dans ces cas complexes, de démêler ce qui appartient à l'entérocèle vaginale d'avec ce qui appartient au prolapsus.

Si donc la malade, examinée présente seulement une Entérocèle vaginale, les sensations perçues par le doigt introduit dans le vagin seront différentes selon que l'on

aura affaire à une forme pédiculée ; dans la forme sessile ce doigt percevra une grosse masse molle, faisant suite à la tumeur constatée à la vulve, masse encombrant la cavité vaginale et dont il sera assez difficile de reconnaître le point d'origine au niveau d'une des parois vaginales. On pourra, après avoir reconnu les points de reprise ordinaires : cul-de-sac antérieurs, col utérin, chercher à en faire le tour avec le doigt et à acquérir ainsi des notions. Sur son étendue, sa direction, son origine.

Mieux vaudra peut-être, la malade étant dans le décubitus dorsal, le siège légèrement surélevé, et ne poussant pas, chercher à réduire cette tumeur par une sorte de taxis, et de cette façon on se rendra compte : d'abord que cette tumeur est bien une hernie, ensuite qu'elle est formée, soit par la paroi postérieure distendue sur une plus ou moins grande étendue, soit en même temps par une plus ou moins grande partie de l'une ou l'autre des parois latérales. Quand la hernie est complètement réduite la paroi vaginale forme un repli flasque, repli qui peut prendre encore hors de la vulve (Berger), mais qu'il est alors facile de refouler à travers l'orifice vulvaire.

Dans la forme pédiculée, le doigt, suivant le pédicule, en fera facilement le tour, et ira en déterminer le point d'implantation relativement haut située. Ces sortes de hernies vaginales, lorsqu'elles sont volumineuses, peuvent pendre hors de la vue : Gaillard Thomas a représenté un cas de ce genre dans lequel la hernie atteignait le tiers supérieur de la cuisse.

Alors, pour peu que l'observateur ait l'attention éveillée sur l'Entérocèle vaginale deux constatations viendront rapidement éclairer le diagnostic. La première sera la sensation spéciale, donnée par une palpation attentive de la tumeur, la deuxième le toucher rectal.

La palpation attentive de la tumeur, outre ses caractères de mollesse et de rénitience, permettra souvent de reconnaître son contenu. A travers la paroi vaginale on peut sentir les anses intestinales se déplacer sous le doigt et, en comprimant légèrement la tumeur, au moment où elle se réduit, on perçoit un gargouillement caractéristique, et ne pouvant guère laisser de doute sur le contenu de la hernie.

Par le toucher rectal, on se rendra compte que le rectum est normal, que sa paroi antérieure ne présente pas de dilatation ampullaire dans le vagin, comme dans la rectocèle vaginale ; le doigt, introduit dans le rectum, ne ressort pas dans le tumeur vaginale. Le toucher rectal et vaginal combiné feront encore mieux sentir que le rectum et la tumeur étudiée, sont complètement indépendants l'un de l'autre.

« Il est encore un signe que le célèbre M. Levret regarde avec raison comme très propre à éclairer sur la nature de la tumeur trouvée dans le vagin ; c'est le changement de situation de l'orifice de la matrice, qui, dans la hernie de cette espèce, est plus ou moins inclinée du côté opposé à la descente, ce que l'observation m'a confirmée dans la suite. M. Levret déclare en même

temps que ce signe n'est pas univoque. (Hoin.)

Nous n'avons pas pu constater ce signe sur notre malade dont le col qui avait précédemment subi l'opération de Huguier était réduit à un moignon minuscule, solidement maintenu par la fixation de l'utérus à la paroi. D'autre part ce signe n'est nullement caractéristique ; on le retrouve fréquemment, et en particulier dans la salpingite uni-latérale.

Ainsi les circonstances de la formation de la hernie vaginale, la gêne très particulière ressentie par la malade (sensation de chute des organes, l'aspect extérieur, sa façon de se réduire et de se reproduire, les sensations données au chirurgien par la palpation attentive, par le toucher vaginal et le toucher rectal, constituent à cette affection une symptomatologie bien nette. Enfin, comme le dit très bien Hoin, « le concours de tous ces signes n'est pas absolument nécessaire pour caractériser une Entérocèle vaginale, il suffit d'en avoir observé plusieurs. »

Il reste à faire le diagnostic positif du contenu de la hernie ; est-ce une Entérocèle ? une épiplocèle ? une entéro-épiplocèle ?

Ce diagnostic est le même ici que dans les autres sortes de hernies. L'intestin est sonore, il donne à la palpation une sensation spéciale et fait en se réduisant un gargouillement caractéristique. L'épiploon, est plus consistant, mammelonné, seul il se réduit officiellement, il donne un bruit mat à la percussion.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel de la hernie vaginale sera généralement facile, et il suffira le plus souvent de penser à son existence pour éviter de la confondre. Le diagnostic doit être fait avec les polypes utérins, les kystes, les tumeurs et les abcès chauds du vagin, le prolapsus ou le renversement de l'utérus, la cystocèle vaginale et enfin et surtout la rectocèle. « Il faut beaucoup d'atten-« tion pour ne pas prendre une chute ou un renverse-« ment du vagin ou de la matrice, et surtout une cysto-« cèle vaginale (nous ajouterons une rectocèle) pour une « Entérocèle de même espèce. Il ne serait pas si facile « de confondre cette hernie avec une tumeur phlegmo-« neuse, lymphatique, polypeuse, squirreuse ou cancé-« reuse, qu'avec les autres tumeurs par déplacement des « parties ». (Hoin). Cependant plusieurs erreurs de cet ordre s'étaient commises et nous en avons cité des exemples dont quelques-uns sont célèbres, dans notre

chapitre d'historique, nous les rappelons pour mémoire: Gosselin : Hernie vaginale prise pour un abcès et incisée: mort de la malade. Pernoxrrii : Hernie vaginale, également prise pour un abcès et incisée : Michelson et Lucas : Hernie vaginale, opérée pour un polype utérin : mort.

Au premier abord le Cystocèle et l'Elytrocèle, dans sa forme sessile, pourrait être confondue : ce sont toutes les deux des tumeurs molles, fluctuantes, arrondies, roses qui apparaissent à la vulve quand la malade pousse. Mais la Cystocèle occupe une position antérieure et l'Elytrocèle une position postérieure, la Cystocèle s'accompagne de troubles urinaires, une sonde pénétrant dans l'urètre peut être facilement sentie dans la tumeur vaginale. L'Entérocèle vaginale antérieure, très rare, peut accompagner la Cystocèle. Elle donnerait à la palpation une sensation analogue à celle que donne l'Entérocèle. Il faudrait localiser ce point de départ, en avant de l'utérus par un examen attentif.

C'est également la forme sessile de l'Elytrocèle que **l'on peut facilement confondre** avec Rectocèle. Elles présentent toutes deux à la vulve et dans le vagin une situation et une apparence analogue. La palpation est légèrement différente : On n'a pas, avec la Rectocèle, la sensation de glissement mou, ou de gargouillement à la réduction que donne la hernie vaginale. Mais à lui seul le toucher rectal permet de porter le diagnostic : lorsqu'il y a rectocèle le doigt pénétrant par l'anus vient reconnaître le diverticule vaginal où il pénètre et où on le voit à travers la paroi vaginale prolabée.

L'Entorocèle ne semble pas pouvoir être confondue avec le prolapsus utérin, mais ces deux affections peuvent coïncider. Par contre l'inversion utérine présente quelque ressemblance avec l'Entérocèle vaginale, mais surtout avec une Entérocèle qui aurait subie un certain degré d'étranglement ; mais les commémoratifs, le palper, le toucher vaginal, le palper abdominal, montrant l'absence de globe utérin en cas d'inversion, ne permettent pas de réelles difficultés de diagnostic, et nous n'avons pas vu que l'erreur ait été commise.

Il existe plusieurs observations d'Entérocèle vaginale prise pour un abcès chaud Garmann, Hoin, obs. V.

Il s'agit d'une Entérocèle vaginale, non étranglée, prise pour un abcès du vagin et incisée comme telle « par un chirurgien aussi téméraire qu'ignorant » Hoin. C'est en effet là une erreur grossière. Dans l'observation de Pétronietti, la hernie fut incisée deux fois comme abcès, la malade a survécu. La hernie vaginale étranglée pourrait peut-être plustôt, à cause de la couleur, de la douleur, de l'irréductibilité des phénomènes généraux, prêter à confusion avec un abcès ; mais les commémoratifs et un examen attentif doivent faire éviter cette erreur.

Enfin l'Entérocèle vaginale peut être confondue avec toutes les tumeurs du vagin, tumeurs liquides et tumeurs solides.

Les kystes du vagin sont rares, mais ils peuvent pré-

senter de réelles ressemblances avec la hernie, surtout ceux de la paroi postérieure. Développés sous la muqueuse, plus souvent sessiles que pédiculés, ils se présentent sous la forme d'une tumeur arrondie, lisse, rosée, de consistance molle et élastique, peu différente de celle d'une hernie suffisamment tendue et dont on percevrait mal le contenu à travers la paroi. Ils sont indolores, provoquant seulement parfois une gêne, une pesanteur qui pourrait être confondue avec la sensation de « chute des organes ». Mais les kystes du vagin sont toujours irréductibles, ce qui les différencie nettement de l'Entérocèle, presque toujours réductible, sauf en cas d'étranglement, et elle présente alors des symptômes spéciaux qui ne permettent pas de la confondre avec le kyste.

Les lipômes, les sarcômes, les épithéliomas du vagin, rarement primitifs, plus souvent prolongation d'un cancer du col à cause de leur forme, de leur consistance, de leur aspect bien spéciaux, ne peuvent créer une véritable difficulté de diagnostic.

C'est une hernie vaginale pédiculée, qui peut être prise pour un polype, comme dans le cas rapporté par Michelson et Lukin. Certains polypes peuvent apparaître à la vulve lorsque la malade pousse, et donner ainsi l'impression d'une tumeur réductible ; mais les polypes du vagin, dans la grande majorité des cas, prennent naissance sur la paroi antérieure, souvent aux environs du méat urinaire. Leur consistance, leur point d'implantation, leur irréductibilité différencie nettement les deux affections.

Enfin les tumeurs de la cavité abdominale, proiabant dans le cul-de-sac de Douglas, kystes de l'ovaire, fibrômes utérins, utérus fibromateux rétro-fléchis, les collections enkystées de ce cul-de-sac, en particulier l'hématocèle retro-utérine, reviennent jamais faire saillie à la vulve, du moins nous n'en avons pas trouvé d'exemple.

Cependant, bien qu'à notre connaissance il n'y ait pas d'observation mentionnant un fait analogue, il nous semble qu'une hernie vaginale, examinée à son début, faisant saillie dans le vagin, sans paraître encore à la vulve, pourrait facilement être confondue avec une collection du Douglas, présentant une faible tension. Cette erreur serait d'autant plus fâcheuse que l'on pourrait être tenté de faire une colpotomie.

Le cas rapporté par Péan, à la société de chirurgie en 1863, doit sans doute être considéré comme ayant trait à un sac herniaire deshabité. Prendre une tumeur semblable pour une hernie vaginale ne saurait être considérée comme une véritable erreur de diagnostic.

CHAPITRE VI

Accidents et Complications

La Hernie vaginale peut donner lieu à quelques accidents et complications.

Nous ne considèrerons pas parmi les complications l'Entérocèle vaginale, dite compliquée, c'est-à-dire coïncidant avec un prolapsus utérin, une cystocèle, un rectocèle (Hoin, Berger,). La gravité de la hernie vaginale ne s'en trouve pas, en effet, sensiblement accrue. Les inconvénients du prolapsus viennent s'ajouter à ceux que provoque l'Entérocèle vaginale, et le traitement ne serait pas différent de celui que nous énoncerons pour l'Entérocèle vaginale isolée ; il devrait être complété par le traitement du Prolapsus.

On peut diviser les complications de la hernie vaginale en trois groupes :

1°/ Accidents des hernies vaginales méconnues ;

2°/ Accidents d'étranglement ;

3°/ Complications provoquées au moment du travai

et de l'accouchement par la hernie inguinale devenue cause de dystocie.

Accidents de la hernie vaginale méconnue. — Certainement, comme l'a fait remarquer Gaillard Thomas, les accidents de la première catégorie, sans être à proprement parler des complications de la Hernie, sont les plus nombreux et les plus graves. Nous avons déjà eu occasion de citer les plus connus. Causés par erreur, ils peuvent être aussi variés qu'il peut y avoir d'erreur de diagnostics ; cependant chaque fois il s'agit d'une opération intempestive ; le seul moyen de les éviter sera donc de faire un diagnostic exact.

Accidents d'étranglement. — L'étranglement est, d'une façon générale, la grosse complication de la hernie.

« Ce qui a été observé à des hernies inguinales et « crurales, ne peut-il pas l'être un jour à des hernies « antéro-vaginales ? Il ne répugne point à la raison « qu'une portion d'intestin, engagée dans un écartement « des fibres du vagin, puisse y être étranglée par quel- « que cause que ce soit (Hoin).

Le fait semble en effet possible. Nous en avons relevé plusieurs cas, le premier cas de Smellie, rapporté par Hoin, se présentait dans les circonstances particulières que nous allons voir.

Il s'agit d'une Entérocèle vaginale (Smellie, Hoin, obs. XIII) chez une femme enceinte de sept mois, qui, d'abord très réductible augmente rapidement sous les

efforts de toux de la femme, ne se réduit plus et s'étrangle si bien que son contenu se gangrène et qu'elle s'ouvre à l'extérieur sous les doigts du chirurgien qui la touche. Il faut tenir compte, de ce que, quand cet étranglement se produisit, la femme était enceinte de plus de sept mois. Il est assez naturel de penser que dans ce cas l'utérus gravide, arrivé à ce stade de développement, n'a pas été étrange à l'étranglement de la hernie, rendue subitement plus considérable sous l'influence de la toux.

Il existe encore quelques cas, dans les 14 observations rapportées par Hoin, où la hernie subit un certain degré d'étranglement, mais la réduction faite par le médecin fut rapide et facile. L'observation de Pétronitti rapporte un cas de hernie pédiculée, étranglée, (en dehors de tout état de grossesse, et ouverte pour un abcès).

Les éléments d'étranglement des hernies en général sont l'anneau et le collet. Dans le cas de hernie vaginale, absolument sessile (Berger, obs. I), on ne peut admettre d'étranglement, la hernie n'ayant ni anneau, ni collet. Le collet existe dans les hernies pédiculées. Ces sortes de hernies sont donc exposées à l'étranglement.

Dans l'observation anatomique de Sandifort, par exemple, la hernie est unie au péritoine par un orifice bien circonscrit, encore resserré par des adhérences inflammatoires, qui des deux côtés s'étaient faites autour de l'ovaire et de la trompe.

Il est facile de comprendre l'étranglement dans un cas semblable.

Hernies vaginales causes de dystocie. — Nous venons de voir comment la grossesse pouvait venir compliquer la hernie vaginale en favorisant son étranglement ; mais il nous reste à examiner dans quelle mesure la hernie vaginale peut compliquer l'accouchement et quels dangers l'accouchement peut faire courir à la hernie. Déjà nous pouvons dire d'une façon générale que la hernie vaginale ne doit pas être considérée comme une cause grave de dystocie. Elle se comporte, au moment du travail, comme une tumeur molle et réductible. Cependant elle peut par son volume gêner et retarder et même empêcher l'engagement de la tête. (Obs. IX, XII, XIV).

Comprimée entre la partie engagée et la paroi du bassin, elle ajoute une douleur spéciale aux douleurs de l'accouchement. Peut-être l'Entérocèle vaginale peut-elle se produire au moment même de l'accouchement, provoquée chez une prédisposée par les efforts d'expulsion ? (Obs. XII).

Plus souvent elle préexiste, mais de taille moyenne et facilement réductible. Les efforts de l'accouchement augmentent alors son volume et ne lui permettent plus de rentrer spontanément. Le travail traîne en longueur, parfois, quand la hernie est devenue trop considérable, il s'arrête tout à fait. (Obs. XIV). Le plus souvent il continue, et malgré sa lenteur, augmente si bien que la tête de l'enfant ne tarde pas à s'engager (obs. XI). Mais à chaque fois que la femme a une douleur expulsive, cette douleur s'arrête brusquement, elle est comme coupée

par une douleur différente, plus pénible peut-être, rappelant la sensation d'une colique intestinale très violente et qui est causée par la compression, le pincement de la hernie et de son contenu entre la paroi du bassin et la tête qui avance, poussée par l'effort. (Obs. IX.)

Livré à lui-même, l'accouchement pourra, dans la plus part des cas, se terminer seul (Obs. IX, XII.) Si la hernie est petite, si le travail, malgré tout, avance rapidement, si la tête est bien descendue et si la femme pousse courageusement, on pourra imiter l'exemple de Hoin, et attendre la fin de l'accouchement, qui ne tarde pas. Mais il est clair qu'en général il y a intérêt à intervenir, pour permettre à l'accouchement d'aboutir plus rapidement et aussi pour éviter à la hernie toute compression qui peut amener son inflammation (Obs. XII).

La conduite à suivre nous a été montrée par Smellie (Obs. XII) « il introduisit la main dans le vagin et repoussa l'intestin au-dessus de l'os sacrum. Les membranes se trouvèrent rompues, les eaux s'écoulèrent et la tête, qui avait été chassée dans le bassin, soutint le boyau ». C'est également ce que fit Stubs, dans le cas d'une très grosse hernie vaginale ; l'Intestin, échappé à travers la paroi postérieure du vagin, Stubs jugea à propos de se servir du forceps, pour terminer rapidement l'accouchement, à cause de la faiblesse de la mère.

Quand à l'influence de l'accouchement sur la hernie-vaginale elle-même, souvent elle sera nulle. Les accidents, quand il en existera, seront des accidents de compression douloureux mais peu graves, des observa-

tions d'étranglement passager (Obs. XII) suivent l'accouchement, et cèdent rapidement à un traitement médical.

TRAITEMENT

Traitement médical. — Le traitement de l'Entérocèle vaginale, comme de toutes les hernies en général, consiste essentiellement dans la réduction des parties herniées et dans la contention de ces parties à leur place normale. La sensation, si particulière et si pénible de « chute des organes » dans la hernie vaginale impose, plus encore que dans d'autres hernies, la nécessité du traitement. Notre malade nous a dit qu'avant d'entrer dans le service, elle avait pris l'habitude de porter une sorte de bandage en T, fait d'une serviette très serrée ; ce bandage, sans contenir beaucoup la hernie, donnait à la femme, quand elle marchait, une sorte d'assurance contre cette sensation de chute.

Garengeot, qui s'occupa le premier de l'Entérocèle vaginale, y rémédia à l'aide d'un appareil approprié, le pessaire en Bondon ; simple cylindre, en forme de bondon, comme son nom l'indique, creusé d'une cavité centrale et muni de deux cordons. Ce pessaire, placé dans

le conduit vaginal, maintenait la hernie parfaitement réduite. Ce pessaire fut modifié et amélioré par Hoin. D'autres chirurgiens se servirent dans le même but, de morceaux d'éponge. Ces appareils rendaient de grands services aux malades en leur permettant de vaquer sans gêne à leurs occupations. On ne peut passer sous silence les cas de Hoin, de Garengeot, etc., où le port d'un pessaire, pendant un temps plus ou moins long, aurait amené une guérison complète de la hernie. Quelquefois même obs. Aenel, Hoin, nº VII), la hernie vaginale, après une simple réduction ne s'est plus reproduite.

Il n'était, à cette époque, question de traitement chirurgical, qu'en cas d'étranglement ; encore mettait-on d'abord en pratique les lavements, la saignée, les injections « émollientes, réductives ou même répercussives » et le succès semble avoir assez souvent justifié ces médications, maintenant oubliées.

Longtemps le pessaire en boudon fut le seul traitement de l'Entérocèle vaginale. Astley Cooper, en parlant d'une Cystocèle dit : « La malade resta quelques semaines à l'hôpital, je ne pus trouver aucun moyen de la guérir de cette infirmité » on ne pouvait pas davantage pour l'Entérocèle.

Il existe encore des bandages, plus souples, et plus légers que ceux de Hoin (Pessaire à air de Boursier) pour la contention de la hernie vaginale; mais le traitement médical doit disparaître de plus en plus devant l'opération sanglante.

Traitement chirurgical. — Quand et comment doit-on pratiquer le traitement chirurgical dans l'Entérocèle vaginale ?

Il est classique de dire que seule l'Entérocèle vaginale pédiculée si justiciable d'un traitement chirurgical spécial. Pour l'Entérocèle sessile le traitement de choix resterait le Pessaire, ou bien un moyen détourné semblable à celui qu'employa le Prof. Berger dans un cas de ce genre ; il fixa l'utérus à la paroi, diminuant ainsi la profondeur du Douglas, et compléta cette opération 1 mois après, par une colpoprérinéorraphie postérieure. Il avait rencontré un sac, sans le moindre collet, qui le sépara du reste du péritoine : il ne pensa pas que dans ce cas il y avait lieu de faire une opération spéciale ayant pour but la cure radicale de l'Entérocèle. Il la croit au contraire tout à fait indiquée dans la hernie pédiculée. Nous avons vu qu'il pouvait exister des cas mixtes, où la hernie, repoussant devant elle la plus grande partie de la paroi vaginale postérieure, avait l'apparence d'une hernie sessile tout en présentant un véritable collet à la dissection. Nous pensons d'ailleurs que la technique suivie chez notre malade peut être employée dans tous les cas, sans distinction de forme, à condition, toutefois, que la dissection et l'isolement du sac péritonéal soient possibles.

Tour à tour, la voie abdominale et la voie périnéale ont été préconisées. Dans un cas comme dans l'autre le but est la suppression du cul-de-sac de Douglas, anormalement profond. Gaillard Thomas, pour une hernie

pédiculée, qui pendait jusqu'au tiers supérieur des cuisses, fit la laparatomie médiane et retourna le sac, en l'invaginant, après réduction de son contenu ; le sac fut suturé à la paroi abdominale au niveau de l'incision. La bride, ainsi créée, par le sac traversant l'abdomen, du rectum au milieu de la paroi antérieure, ne peut-elle être dans certains cas un danger ? C'est l'opinion de Berger. En tous cas nous verrons qu'il est possible, sinon préférable de l'éviter.

C'est également la voix abdominale qu'emploie M. Marion, dans des cas se rapprochant beaucoup, surtout au point de vue du traitement, de ceux qui nous occupent. Il s'agit, dans ses deux observations rapportées dans la thèse de Rousseaux, de prolapsus chez des nulli-pares ; prolapsus qu'il attribue à la profondeur anormale du Douglas. Il se propose de fermer ce cul-de-sac et de refaire en quelque sorte « la colonne fibreuse, péritonéale, vestige des formations d'accollement embryonnaire. » Il procède de la façon suivante : (malade en position de Trandelenbourg) : 1° Laparotomie médiane, 2° Douglas étant bien vidé des anses qu'il contenait, utérus saisi avec une pince et attiré en avant. 3° Oblitération du cul-de-sac au moyen de fils de lin étagés en bourse dans le péritoine du cul-de-sac. Nous n'insistons pas sur la valeur de ce procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas dans les cas de prolapsus. Cependant, dans les cas semblables à celui de notre malade, ce procédé pourrait être employé à la fois pour la cure du prolapsus, sans éliminer les autres manœu-

vres habituelles, et comme moyen le plus sûr de prévenir l'Entérocèle vaginale. En effet cette femme, on s'en souvient, avait présenté un prolapsus utérin accompagné de cystocèle ; le prolapsus a été traité par fixation de l'utérus à la paroi.

Au cours d'une semblable opération il sera facile et utile, si l'on constate la profondeur exagérée du cul-de-sac de Douglas, de fermer ce cul-de-sac par suture étagée, suivant le procédé de M. Marion.

La voie vaginale a été employé par Reid, d'après la technique proposée par Hugnier : il a ouvert la cavité de la hernie, excisé une grande partie de la paroi postérieure du vagin et réuni les bords de la plaie.

Berger a proposé une opération plus complète et mieux réglée.

M. Pierre Duval, dans un cas de prolapsus avec hernie du Douglas, après hystéropexie abdominale, passa par le périnée atemplaya, pour fermer le Douglas, un procédé se rapprochant beaucoup de celui qui fut employé dans notre cas par M. Reymond.

Jaboulay et Patel, « *in* » *nouveau traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, disent :

« Le procédé idéal serait de traiter l'Elytrocèle comme une hernie ordinaire : faire la résection du sac et reconstituer la paroi. »

C'est précisément ce qui est proposé et ce qu'a réalisé M. Reymond.

C'est également ce procédé qu'employa un peu auparavant (10 janvier 1911) M. le professeur Hartmann

chez la malade dont il a bien voulu nous communiquer l'observation.

En 1901 M. Goullioud (de Lyon) décrivit un procédé analogue sous le nom de : « *Résection large du cul-de-sac de Douglas* ». (Annales de Gynécologie, 1901.)

Nous avons cru intéressant de résumer ici l'observation de M. Goullioud, bien qu'elle ait déjà été publiée.

Nous rapportons, par ordre chronologique, ces trois observations, dont les deux dernières, celle de M. le professeur Hartmann et la nôtre, sont inédites.

OBSERVATION I (Résumé)

Entérocèle vaginale postérieure. — Résection large du cul-de-sac de Douglas, par M. Gouilloud (de Lyon).

M. A..., 40 ans, a eu trois enfants.

Accouchements prompts, et quelques douleurs. Atteinte depuis plusieurs années d'un prolapsus utérin complet, qu'elle maintient avec une serviette.

Examen en 1900 : chute complète de l'utérus avec rectocèle, cystocèle et entérocèle. Réduction facile, en position couchée, reproduction dans la position debout. Pessaires impuissants.

1° *Opération*, 17 mai 1900. —

1°) Ventro-fixation (procédé de Terrier).

2°) Colporrhaphie antérieure :

3°) Périnéorrhaphie (procédé de Hatmann, de Munich).

(On évite de pénétrer dans le Douglas).

Suites simples, mais deux mois après : saillie anormale de la paroi postérieure du vagin (volume, grosse orange).

L'utérus, bien fixé, ne prend pas part à la tumeur. Le doigt introduit dans le rectum montre qu'il ne fait pas non plus partie du prolapsus.

2° *Opération*, 17 Novembre 1900. — Incision verticale allant du col au périnée, de l'extrémité antérieure de l'incision médiane partent deux autres incisions, qui passent à peu près au point de réflexion de l'Entérocèle et qui dessinent ainsi deux quartiers d'orange. Le sac péritonéal apparaît, on décolle le plus loin possible ce qui représente son collet : d'abord du côté de l'utérus, à peu près jusqu'à l'Isthme, puis du côté du

rectum, jusqu'à ce qu'il devienne adhérent ; enfin sur les côtés.

Le sac est vidé, pince longuette courbe sur le collet factice. Au-delà de la pince, un fil de catgut, transfixant le collet avec une aiguille de Reverdin. Ligature du sac, comme dans les hernies ordinaires.

Deuxième ligature, plus superficielle de soutien, resection de la poche péritonale.

2e temps : Amputation du col (Schroeder),

3e temps : Périnéorraphie (la suture des releveurs ne semble pas avoir été faite).

14 décembre : départ de la malade.

Résultat immédiat. — Cul-de-sac postérieur bien fermé, fixé par des adhérences, ne bronche pas.

Résultat éloigné. — Six mois après aucune tendance de l'Entérocèle à se reproduire.

Cette femme avait une élasticité exceptionnelle et originelle des tissus.

OBSERVATION II (inédite)

Communiquée par M. le Professeur Hartmann

Madame X..., âgée de 30 ans.

Un premier accouchement à terme à 22 ans.

A 23 ans, périnéorraphie pour un prolapsus génital, par Legueu,

Immédiatement après redevient enceinte. Deuxième accou-

chement à terme à 24 ans, constaté immédiatement après l'accouchement l'existence d'un prolapsus.

A 26 ans, ventro-fixation, par Roux de Lausanne, deux ans après l'opération, prolapsus comme auparavant.

A 28 ans, périnéorraphie, par Martin, de Rouen, immédiatement après on constate que le prolapsus sort toujours.

A 29 ans, troisième accouchement à terme. Le prolapsus sort toujours ; la malade, tout en n'ayant pas de douleurs vraies, se plaint de ne pouvoir marcher, de ressentir des pesanteurs, le tout disparaissant lorsqu'elle reste étendue pendant quelques heures.

Examen. — Le 15 juin 1910 : dès que la malade pousse on voit apparaître à la vulve, écartant ses lèvres puis faisant saillie en dehors, une tuméfaction, du volume du poing, arrondie, régulière, recouverte à la surface d'une muqueuse vaginale saine. Cette tumeur se réduit presque immédiatement avec un bruit de gargouillement, dès que la malade cesse de pousser. Une fois la tumeur réduite, on ne sent plus qu'une paroi vaginale postérieure flasque.

Le périnée est bon, même lorsque la malade pousse, les deux derniers centimètres du vagin restent en place, et la saillie développée au dépens de la paroi vaginale postérieure ne commence qu'au dessus.

La paroi antérieure du vagin ne bouge pas.

Le col, difficile à atteindre, regarde directement en arrière. Le corps couché sur la paroi antérieure, position résultant de la ventro-fixation.

Opération. — La malade est opérée le 10 janvier 1911 : Incision unciforme du périnée parallèle à la fourchette, dédoublement de ce premier, les débuts de ce dédoublement

son pénibles, elles sont faites avec le bistouri, en plein tissu, cicatriciel, rasant la face profonde de la muqueuse vaginale.

Arrivé à une certaine hauteur, ce décollement devient plus facile, et est mené jusqu'au niveau correspondant à celui du col utérin.

La muqueuse vaginale étant ainsi décollée, et refoulée en avant, on voit appendu sur la partie postérieure de ce décollement, au devant du rectum, un sac serré, ayant les dimensions de la poche vaginale. Ce sac pend dans la plaie résultant du dédoublement du périnée, comme la poche pendait de l'orifice valvulaire avant l'opération.

Nous ouvrons ce sac et nous constatons que dans sa partie supérieure, sa paroi fait corps avec la face antérieure du rectum ; laissant adhérent la partie de séreuse qui se trouve fusionnée avec lui, nous plaçons au niveau du col utérin un catgut chromé en bourse sur le péritoine et refermant le cul-de-sac de Douglas de cette façon.

Deux autres points en bourse au-dessous, resection de la portion du sac sous-jacent, l'opération est terminée par une excision large de la paroi postérieure du vagin. Col poperinéorraphie.

Résultat immédiat — Guérison rapide, malgré un petit point de suppuration.

Résultat éloigné. — Février 1912. La malade est revenue sans trace de prolapsus, n'éprouve plus la sensation de fatigue et de pesanteur, se porte comme elle ne s'est jamais portée.

OBSERVATION III (inédite)

Observation du service de M. le docteur ~~Bernard~~ Reynaud
à la maison départementale de la Seine

R. Palmyre, âgée de 62 ans, ménagère, entre dans le service le 6 octobre 1911.

Cette femme se plaint d'une tumeur apparaissant à la vulve dans la station de bout, gênant la marche et les efforts et disparaissant, au moins en partie, quand elle est couchée.

Elle est déjà venue dans le service et y a été opérée à plusieurs reprises pour un prolapsus compliqué.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents pathologiques importants. Réglée à 11 ans. Toujours régulièrement et abondamment depuis. Règles non douloureuses, peu de pertes blanches.

Douze enfants, dont le dernier a l'âge de trente-quatre ans. Un accouchement par le siège (le deuxième), un par la face. Au deuxième accouchement (siège) périnée légèrement déchirée, pas de suture.

Elle entre une première fois dans le service le 19 juin 1908. A cette époque elle présentait depuis dix ans un *prolapsus utérin*, survenu progressivement, et qui donna lieu, presque immédiatement, à des symptômes de *cystocèle*. Deux ans avant son entrée dans le service, chute sur les fesses, depuis, augmentation des symptômes : envie fréquente d'uriner, douleurs dans le bas-ventre, surtout après les fatigues de la journée. Ménopause à 54 ans, avec quelques hémorragies utérines à ce moment, puis cessation définitive des règles.

Premier séjour dans le service. (19 juin 1908). — *Examen :* Cystocèle très accentuée, qui s'exagère lorsqu'on fait hausser la malade, pas de rectocèle.

Toucher : Col énorme, très largement fendu, présentant une lèvre postérieure hypertrophiée, exubérante. Le col est situé très bas, 4 centimètres environ de l'orifice vulvaire. L'ensemble de l'utérus mobile et facilement repoussé en haut. On sent dans le cul-de-sac postérieur, faisant corps avec l'utérus et paraissant être le corps en rétro-flexion. On détermine facilement la chute de l'utérus, que l'on attire à la vulve, et même hors de la vulve jusqu'à la moitié du corps. A l'hystéromètre la cavité utérine mesure douze centimètres. Il y a une hypertrophie énorme du col.

Toucher rectal. — Permet de constater que le cul-de-sac recto-vaginal est à une grande distance de l'orifice du col.

La malade présente en outre deux hernies inguinales, facilement réductibles mais volumineuses.

1° *Opération.* — Colpocèle antérieure, suture de la partie antérieure des releveurs par trois catguts. On termine par une amputation du col, procédé de Schrœder.

Deuxième opération. — (7 juillet 1908). Hystéropexie abdominale.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 6 août 1908, à sa sortie de l'hôpital le prolapsus génital paraît complètement guéri.

Deuxième séjour dans le service. — Revue en octobre 1909. Elle présentait à la partie inférieure de la cicatrice abdominale une légère éventration pour laquelle elle fut opérée le 14 octobre. On a pu constater à cette époque que la guérison de la cystocèle et du prolapsus utérin s'était maintenue complète.

3e séjour dans le service. — Elle rentre de nouveau dans le service le 6 octobre 1911.

Dès le mois de Janvier 1909, (deux mois 1/2 environ après sa sortie du service), en faisant un effort, elle a senti une sorte de glissement se faire dans son vagin, et elle a constaté la présence d'une tumeur au niveau de la vulve.

Depuis, cette tumeur a légèrement augmenté de volume, elle disparaît en partie dans la position couchée, mais elle reparaît quand la malade est debout et surtout quand elle marche ; elle la gêne beaucoup pour se livrer à ses occupations. Elle a la sensation pénible d'une pesanteur et d'une descente.

Elle porte, pour marcher, une espèce de bandage très serré, fait avec une serviette qui la soulage incomplètement.

Examen : On voit en effet au niveau de la vulve une tumeur, grosse environ comme un œuf de canne, qui disparaît, la malade étant couchée pour l'examen, mais se reforme immédiatement, pour peu que l'on prie la malade de pousser. Cette tumeur est lisse, rose, couleur de la muqueuse vaginale, légèrement tendue, surtout quand la malade tousse.

Toucher : Le col se présente sous forme de masse indurée, ne faisant pas saillie dans le vagin, mais donnant l'impression, au fond de ce dernier, d'une clef de voûte à peine saillante.

En avant il n'y a pas, en réalité, de cul-de-sac antérieur, la paroi antérieure est en place très résistante et très solide.

En arrière, au niveau postérieur du vagin, on voit saillir et l'on sent une masse grosse comme un œuf d'autruche, donnant tout à fait l'impression d'une rectocèle.

Pour s'assurer que c'est bien d'une rectocèle qu'il s'agit on pratique le toucher rectal. On se rend compte alors que le rectum est en position normale et ne prend nulle part à cette saillie.

Celle-ci, entre le pouce et l'index, permet de sentir une série de corps peu résistants, qui fuient sous la pression de deux doigts, et fuient de même entre la pression du doigt rectal et du doigt vaginal. On reconnaît que ce sont des anses d'intestin, dont on peut vider la poche ci-dessus décrite ; quand elles en sortent, la poche reste longue, flasque et vide.

Cette poche est constituée par la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. La partie inférieure du vagin n'y prend pas part.

On en conclut qu'il s'agit d'une Entérocèle vaginale.

L'utérus est resté haut placé, le moignon du col est solidement fixé, la cystocèle ne s'est pas reproduite.

Cœur normal, les poumons présentent une très légère congestion des bases, ni albumine ni sucre dans les urines.

Le 22 novembre 1911, *opération*. Incision de Doléris. Incision, dédoublement du périnée et découverte des bords inférieurs des releveurs. Section de la bandelette recto-vaginale. Après quoi on continue de décoller sur les faces latérales du rectum et s'éloignant de plus en plus de lui pour se rapprocher du Douglas ; on continue le décollement, et en renversant de bas en haut la paroi muqueuse, on peut, avec une compresse, décoller petit à petit le péritoine de la paroi vaginale. Excision d'un triangle de muqueuse vaginale, ayant pour base l'incision de Doléris et son sommet environ à la hauteur du col utérin. Le cul-de-sac péritonéal étant libéré, on l'ouvre : on constate dans le Douglas hernie de l'intestin grêle et de longues franges du gros intestin hypertrophié. Résection des franges ; refoulement du gros intestin ; ligature et résection du sac, qui est repoussé dans la cavité péritonéale avec une pince longue. Rapprochement et suture des bords du releveur de l'anus, aussi haut que possible. Suture de la paroi

muco-cutanée : les crins profonds sont placés sans être liés. Surjet au catgut sur les bords muqueux : ligature des crins.

Suites opératoires. — Très simples. Lavages vaginaux. Réunion par première intention. Ablation des fils, au 11e jour. La malade est sortie complètement guérie le 22 décembre, un mois, jour pour jour, après son opération.

Nous avons revu la malade le 7 mars 1912, environ deux mois et demi après son opération ; la guérison s'était complètement maintenue.

La paroi postérieure du vagin semblait solide à sa place normale et la malade était complètement débarrassée des sensations pénibles qui l'avaient amenée dans le service, elle pouvait se livrer, sans la moindre gêne, à ses occupations et à la marche.

Technique Opératoire

L'opération qui a été appliquée dans ces 3 cas et que nous allons décrire un peu schématiquement présente dans toutes ses phases un parallélisme complet avec une cure radicale de hernie. On peut la diviser en quatre temps :

1° Incision cutano-muqueuse.

2° Dissection, ouverture, ligature et excision du sac.

3° Réfection d'une paroi par myorraphie des releveurs.

4° Fermeture par suture cutanéo- muqueuse.

1er Temps : Incision courbe à concavité supérieure menée sur le rebord cutano-muqueux de la valve et du périnée, (Incision de Doleris).

Cette incision formera la base d'un triangle dont le sommet sera sur la paroi post au niveau du col de l'utérus. Dissection de ce lambeau muqueux est nécessité par la distension de la paroi vaginale postérieure, formant

quand la hernie est réduite une véritable poche flasque.

2° *Temps* : On incisera ensuite le muscle recto-vaginal et on commencera à disséquer lentement le sac. Au cours de ce temps, on mettra à nu et on repèrera les bords du releveur de l'anus. On continuera à décoller petit à petit le sac péritonéal avec une compresse, de la muqueuse vaginale en avant et des faces latérales du rectum en s'en éloignant de plus en plus pour se rapprocher du Douglas.

Le sac herniaire sera ainsi libéré de toutes les adhérences et isolé.

A ce moment ~~on ouvrira~~ le sac au bistouri sur un repli soulevé avec 2 pinces, on agrandira l'ouverture aux ciseaux, sur deux doigts pénétrant dans le sac pour protéger son contenu.

On reconnaîtra dans le sac, les parties d'intestin herniées, il y avait dans notre cas des anses d'intestin grêle et de grandes franges épiploïques épaisses et graisseuses. On pourra dans des cas semblables resséquer l'épiploon après ligature.

Tout le contenu du sac étant réduit dans la cavité abdominale, et l'index introduit dans l'intérieur du sac pour s'en assurer ; le sac sera lié le plus haut possible par un catgut traversant la pédicule, ou, comme l'a fait M. le professeur ~~Hartmann~~ Hartmann, par un catgut placé en bourse sur le péritoine.

Une fois la ligature placée le sac sera sectionné.

3e *Temps* : Les bords internes du releveur de l'anus ont été repérés au cours de la dissection du sac. Char-

geant avec l'aiguille courbe, une épaisseur de muscle aussi grande que possible, on rapprochera les bords par trois fils, formant ainsi un véritable plancher au-dessous du péritoine, les trois fils sont noués en commençant par le supérieur.

4e *Temps* : Sutures cutano-muqueuses. Les crins profonds sont placés (comme dans le procédé de Doleris) sans être noués.

Surjet au catgut sur les 2 lèvres de la muqueuse vaginale.

Ligature des crins profonds.

CONCLUSIONS

1° La photographie de notre malade, montre l'aspect d'une Entérocèle vaginale typique, répondant aux définitions qu'en ont données les auteurs, en particulier : Hoin, Astley Cooper et Zùcherthandl.

Cette tumeur qui apparaît à la vulve donne au premier abord l'impression d'une Rectocèle ; mais le toucher rectal montre que le rectum n'y prend aucune part. Elle est constituée par des anses intestinales (accompagnées ou non d'épiploon) contenues dans un sac péritonéal prolongeant le Douglas. L'utérus, la vessie, le rectum, peuvent être à leur place normale ou déplacés plus ou moins. Dans notre cas, comme dans celui dont M. le Prof. Hartmann a bien voulu nous donner l'observation, l'apparition de l'Entérocèle vaginale avait été été précédé d'un prolapsus utérin opéré par ventrofixation.

L'entérocèle vaginale observée par nous ne rentrait complètement dans aucune des deux formes : sessile et

pédiculée, distinguée par le Prof. Berger mais elle tenait de ces deux formes à la fois. En effet, avec l'apparence clinique d'une hernie sessile, elle présentait à la dissection un collet. Nous verrons d'ailleurs qu'au point de vue du traitement, ces différentes formes n'ont pas l'importance qu'on a voulu leur attribuer.

2° Anatomie de l'Entérocèle vaginale décrite, sans dissection préalable, par Astley Cooper. Nous avons pu constater, pendant l'opération, que cette hernie est bien constituée comme l'avait prévu cet auteur, d'avant en arrière :

A. — La paroi postérieure du vagin ;

B. — Un feuillet du péritoine constituant le sac ;

C. — L'Intestin contenu dans le sac.

Le sac communiquait dans notre cas avec la cavité péritonéale par un orifice légèrement rétréci, mais bien limité dont les bords étaient nettement perceptibles au doigt. Il n'en est pas toujours ainsi.

3° Les antécédents et les commémoratifs étaient ceux que l'on retrouve le plus souvent : Une prédisposition générale aux hernies (diathèse herniaire), plusieurs accouchements (dont un par le siège) un effort comme cause déterminante. Nous n'avons pu, dans ce cas particulier, affirmer ou infirmer l'existence d'une anomalie congénitale du Douglas. C'est là pour certains auteurs (Ebner Zuckerkandl) la véritable cause de l'Entérocèle vaginale. Les observations et les travaux que nous avons consultés, ne nous ont pas permis non plus de nous faire une opinion définitive à ce sujet.

4° — Le commémoratif, la gêne particulière ressentie par la malade (sensation de chute des organes d'Astley Cooper) la palpation permettant de sentir des anses intestinales, le gargouillement entendu au moment de la réduction, le toucher vaginal, mais surtout le toucher rectal, faisant constater que le rectum est tout à fait étranger à la tumeur, permettent de faire le diagnostic.

Le diagnostic différentiel, dans ces sortes de hernies, doit être fait surtout avec la rectocèle pour laquelle elles en imposent au premier abord, la cystocèle, le prolapsus en le renversement de l'utérus, les polypes utérins, les kystes, les tumeurs et les abcès chauds au vagin.

5° — Nous n'avons pas eu à constater de complications. Elles proviennent surtout des erreurs de diagnostic ; ce sont en outre, l'étranglement que l'on n'a constaté que dans la variété pédiculée ou dans l'état de grossesse et la dystocie généralement sans gravité.

6° Le traitement de l'Entérocèle vaginale a été surtout jusqu'à présent un traitement médical (pessaire en éponge, pessaire en Bondon de Garengeot et de Hoin, pessaire à air de Boursier).

Le traitement rationnel de l'Entérocèle vaginale consiste en une opération reproduisant exactement les temps de la cure radicale d'une hernie crurale par exemple, avec les difficultés en plus provenant de la situation spéciale de la région opératoire (conduit vaginal).

Un semblable traitement a été mis en pratique par M. Gouilloud, de Lyon, par le professeur Hartmann et par M. Reymond, chaque fois avec un succès complet.

Il est à remarquer que dans ces trois cas, les malades présentaient une laxité spéciale des tissus les prédisposant aux hernies en général.

La technique opératoire peut être résumée de la façon suivante :

Incision de Doleris, excision d'un lambeau de muqueuse vaginale.

Dissection, isolement, ouverture du sac. Réduction du contenu dans la grande cavité péritonéale. Ligature du sac.

Suture des releveurs aussi haut que possible.

Fermeture de la paroi.

Cette opération, véritable cure radicale, peut s'appliquer à toutes les Entérocèles vaginales.

Vu : Le Président de Thèse,

HARTMANN.

Vu : Le Doyen,

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (d'Oran). — Revue de Gynécologie, année 1911.

Astley Cooper. — Œuvres chirurgicales (traduction Richelot et Chassaignac). Paris, 1837, p. 360-363.

Berger. — Congrès de Chirurgie. An. 1896.

Boursier. — Gazette des Soc. Médic. de Bordeaux, N° 11. Année 1896.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Ebner. — Deutsche Zeitschrift für Schirurgie. An. 1887, t. 26, p. 48.

Fordyce Baker. — American journal of Obstetrics. Tome IX, année 1876.

Garangeot. — Traité des opérations de chirurgie.

Gaillard Thomas. — The New-York médical journal, 26 d. 1885, p. 705-708.

Goullioud. — Annales de Gynécologie. An. 1901, Tome II, p. 1.

Hoin. — Essai sur les hernies rares et peu connues. Voir : Nouvelle méthode d'opérer les hernies de Leblanc.

Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Ledentu et Delbet. — Traité de chirurgie. T. VI p. 806.

Masse. — Gazette hebdomadaire de Soc. médicale de Bordeaux. An. 1895.

Michelson et Lukin. — Centralbl. für Schirurgie. An. 1879 p. 303.

Nouveau journal de médecine, rédigé par M. Bécard, Chomel etc. T. X. Avril 1881, p. 427.

Péan. — Société de Chirurgie. An. 1863.

Peter Young. — Edimbourgh. Obstebr. transactions. An. 1881-1882, T. VII, p. 51.

Pétroniti. — Gazette médicale. An. 1837, p. 624.

Poirier et Charpy. — Traité d'anatomie descriptive.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

Reid. — Glasgow med. w. Journal An. 1894 T. XLII p. 51.

Rousseaux, — Thèse de Paris. Année 1908.

Smellie. — Observations sur les accouchements, T. II. p. 167.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Trélat. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. (Annales de gynécologie, mai 1888.)

Zuckerkandl. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Année 1891 Tome XXXI, p. 590.

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE